Rapport du
Groupe de travail
sur la mise en
œuvre de l'Agence

Partir sur de nouvelles bases:

Un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique

Octobre 2005 PREMIÈRE PARTIE

106-02276/

ISBN 0-7794-9898-4 (version imprimée)
ISBN 0-7794-9899-2 (version PDF)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005

Table des matières

Membres du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence iii

Lettre d'acheminement v

Glossaire des acronymes et abréviations vi

Recommandations 1

Introduction 5

Chapitre 1 **Contexte** 7
1.1 Opération Protection de la santé 7
1.2 Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence 7
1.3 Activités de validation 8

Chapitre 2 **Ce que l'Agence apportera à l'Ontario** 11
2.1 Contexte 11
2.2 Leçons tirées d'ailleurs 14
2.3 Harmonisation avec les initiatives clefs en matière de réforme des soins de santé 15
2.4 Collaboration, optimisation des ressources et rationalisation 15
2.5 Focalisation de l'action gouvernementale 17
2.6 Capacité d'intervention adaptée à un monde en évolution 18
2.7 Renforcement de la recherche et de l'innovation 19
2.8 Transformation de l'Ontario en centre d'excellence 20

Chapitre 3 **Recommandations visant la préparation et la mise en œuvre de l'Agence** 21
3.1 Gouvernance 21
3.2 Mandat, vision, mission, valeurs et philosophie 25
3.3 Rôles et responsabilités du MSSLD par rapport à l'Agence 26
3.4 Champ d'activité, fonctions et clientèle 27
3.5 Relations et partenariats de l'Agence 35

Chapitre 4 **Prochaines étapes** 37
4.1 Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence 37
4.2 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée 38

Références bibliographiques 39

Annexes
Annexe 1 : Mandat du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence 43
Annexe 2 : Mandat du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances 45
Annexe 3 : Mandat du Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence 47

Membres du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

COPRÉSIDENTS

Geoff Dunkley
Ancien médecin hygiéniste adjoint au Service de santé publique d'Ottawa

Terry Sullivan
Directeur général d'Action Cancer Ontario

MEMBRES

Michael Christian
Chargé de cours sur les maladies infectieuses et les soins médicaux d'urgence à l'Université McMaster

Donald Cole
Professeur agrégé en sciences de la santé publique à la faculté de médecine de l'Université de Toronto

Ken Deane
Directeur général du Centre de santé St-Joseph à Toronto

Mae Katt
Infirmière praticienne au centre de santé communautaire Anishnawbe Mushkiki de Thunder Bay

Alan Meek
Professeur au Collège de médecine vétérinaire de l'Ontario à l'Université de Guelph

David L. Mowat
Sous-administrateur en chef de la santé publique responsable des initiatives de santé publique et des opérations régionales à l'Agence de santé publique du Canada

Linda O'Brien-Pallas
Professeure à la faculté de sciences infirmières de l'Université de Toronto

Ruth Sanderson
Épidémiologiste au bureau de santé de Middlesex-London

Andrew Simor
Chef du service de microbiologie médicale au centre des sciences de la santé Sunnybrook et Women's College

Penny Sutcliffe
Médecin hygiéniste et directrice générale du bureau de santé de Sudbury et du district

Ron Yamada
Fondateur et vice-président directeur (retraité) de la société MDS Inc.

Jennifer Zelmer
Vice-présidente de la recherche et de l'analyse à l'Institut canadien d'information sur la santé

Remerciements

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence est reconnaissant du soutien que lui a apporté la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la santé publique au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et tient en particulier à remercier les personnes suivantes de leur excellente contribution à la production du présent rapport :

Phil Jackson
Helen Bedkowski
Camille Lemieux
Liz McCreight
Paulina Salamo
Barbara Slater

Le Groupe de travail aimerait aussi saluer les groupes ci-après pour leurs précieuses observations :

- L'Institut national de santé publique du Québec
- Les participantes et participants aux tables rondes
- Le British Columbia Centre for Disease Control
- Les membres du Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

Lettre d'acheminement

Octobre 2005

Dre Sheela Basrur
Médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe
Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 11e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Docteure Basrur,

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence est heureux de vous remettre la première partie de son rapport, dans laquelle nous recommandons des mesures initiales, axées sur la gouvernance, les fonctions et les secteurs de programmes, que nous jugeons indispensables à la mise sur pied en temps voulu d'une agence de santé publique pour l'Ontario. Nous estimons en effet qu'il est essentiel d'agir vite pour créer une telle agence. La mise en œuvre de ces recommandations s'impose pour satisfaire à l'engagement clair du gouvernement actuel de créer un organisme indépendant d'ici 2006-2007, comme élément d'un « plan radical visant à reconstruire le système de santé publique en apportant des changements audacieux, à l'échelle du système de santé publique, afin de rendre ce dernier plus solide, plus souple et plus viable pour les générations à venir ».

Nous croyons fermement que la nouvelle agence de santé publique doit être un organisme indépendant disposant de ressources particulières et qu'elle devra faire preuve de leadership en favorisant les progrès et l'application de la science et des connaissances. Ce nouvel organisme constituera la cheville ouvrière d'un système de soins de santé revitalisé en Ontario; il deviendra une plaque tournante intéressante aux points de vue de la science, de la technique et de la formation. L'agence établira un héritage post-SRAS solide en Ontario, lequel aidera les Ontariens et Ontariennes à être en meilleure santé et permettra de veiller à ce que nous soyons tous prêts à prévoir les défis nouveaux et émergents en matière de santé publique et à y réagir efficacement. Le fait d'avoir une solide agence de santé publique en Ontario permettra de répondre aux attentes du public, ainsi qu'à celles des personnes qui fournissent des services ou des soins de santé. Cette agence accroîtra la confiance du public par l'entremise d'une capacité renouvelée de promouvoir et de protéger la santé de nos citoyens et citoyennes.

Nous encourageons vivement le gouvernement de l'Ontario, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à suivre nos recommandations sans tarder et à accorder à l'agence assez de fonds et d'autres ressources, y compris une masse critique de compétences et d'expertise, pour lui permettre de pleinement répondre aux besoins du gouvernement, des intervenants sur le terrain et de l'ensemble des Ontariens et des Ontariennes.

La première partie de notre rapport jette les fondements dont le gouvernement a besoin pour immédiatement aller de l'avant et commencer à réaliser l'agence, tandis que les membres du Groupe de travail poursuivent leurs travaux. La deuxième partie de notre rapport prendra appui sur ce fondement et fournira des recommandations supplémentaires quant à la structure opérationnelle et à la mise en marche graduelle de l'agence.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Les membres du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

cc: L'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée
L'honorable Jim Watson, ministre de la Promotion de la santé

Geoff Dunkley (coprésident) Terry Sullivan (coprésident) Michael Christian Donald Cole Ken Deane

Mae Katt Alan Meek David L. Mowat Linda O'Brien-Pallas Ruth Sanderson

Andrew Simor Penny Sutcliffe Ron Yamada Jennifer Zelmer

Glossaire des acronymes et abréviations

Agence	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
Groupe de référence	Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence
Groupe de travail	Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence
HPA	Health Protection Agency (Royaume-Uni)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
ONG	Organisme non gouvernemental
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

Recommandations

Dans la première partie du présent rapport, le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence présente 15 recommandations initiales sur la création et la mise en œuvre d'une agence de santé publique pour l'Ontario (l'Agence). En outre, le Groupe de travail propose que l'Agence adopte le mandat, la vision, la mission et les valeurs qui suivent :

Mandat

Fournir des conseils scientifiques et techniques aux personnes qui œuvrent en faveur de la protection et de la promotion de la santé des Ontariennes et Ontariens.

Vision

Nous constituerons un centre d'expertise reconnu dans le monde entier, consacré à la promotion et à la protection de la santé de toutes les Ontariennes et Ontariens, grâce à l'application et à l'avancement de la science et du savoir.

Mission

Nous répondons du soutien accordé aux fournisseurs de soins de santé, au système de santé publique et au gouvernement dans le cadre de prises de décisions informées et de la mise en œuvre de mesures éclairées visant l'amélioration de la santé et de la sécurité de la population de l'Ontario, au moyen de conseils et d'outils pratiques transparents et opportuns de nature scientifique et crédible.

Valeurs

Les activités de l'Agence devraient reposer sur les valeurs de base suivantes : réceptivité, pertinence, crédibilité, collaboration et innovation.

La vision, la mission et les valeurs de l'Agence devraient être revues à son lancement et de façon périodique par la suite.

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence incite vivement le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à procéder immédiatement à la mise en œuvre des recommandations qui suivent, afin que le gouvernement puisse honorer son engagement selon lequel l'Agence serait en place d'ici 2006-2007.

1. Le MSSLD devrait, à l'automne 2005, créer une équipe interne chargée spécifiquement de l'opérationnalisation de l'Agence en fonction des recommandations formulées par le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence dans la première partie de son rapport.

   (a) Le MSSLD devrait créer, d'ici le début 2006, un organe consultatif de transition formé de spécialistes, dont le rôle serait d'appuyer l'équipe interne du MSSLD dans le cadre de l'application graduelle des recommandations du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence.

FONDEMENTS DE L'AGENCE

2. L'Agence devrait être constituée au moyen de mesures législatives particulières.

   (a) L'Agence devrait être rattachée au MSSLD.

   (b) L'Agence devrait disposer des pouvoirs nécessaires lui permettant d'avoir accès et de détenir des fonds d'une tierce partie afin de renforcer sa capacité.

   (c) L'Agence devrait disposer des pouvoirs nécessaires lui permettant de détenir des données devant rester confidentielles.

3. Le gouvernement devrait établir des protocoles d'entente entre l'Agence et le MSSLD, le ministère de la Promotion de la santé et autres ministères pertinents, articulant clairement les rôles et responsabilités de chacun.

4. L'Agence devrait être financée par le MSSLD, selon un plan pluriannuel revu tous les ans.

   (a) L'Agence devrait disposer des ressources nécessaires afin de garantir qu'elle abrite la masse critique de compétences et d'expertise lui permettant de s'acquitter efficacement de son mandat.

   (b) L'Agence devrait pouvoir participer à toutes dispositions flexibles en matière de ressources humaines, telles que les nominations conjointes et les détachements.

(c) L'Agence devrait recevoir un financement annuel d'au moins 45 millions de dollars, tel que recommandé dans le rapport Walker, indépendamment de tout financement de base existant et en sus de tous frais associés aux recommandations formulées à la suite de l'examen des laboratoires de santé publique.

5. L'Agence devrait pouvoir former des ententes de partenariats officiels avec les centres universitaires et de recherche pertinents, ainsi que des partenariats non officiels, suivant le cas.

   (a) Tous les partenariats auxquels l'Agence participe devraient obéir à un cadre officiel gouverné par les principes énoncés dans la première partie du rapport du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence.

6. L'Agence devrait être pleinement indépendante du MSSLD et gouvernée par un conseil d'administration.

   (a) L'Agence devrait disposer d'un conseil d'administration d'ici la mi-2006.

   (b) Les membres du conseil d'administration devraient être choisis au moyen d'un processus transparent et neutre faisant intervenir l'expertise externe adéquate.

   (c) Le conseil d'administration devrait être composé de membres ayant diverses compétences appropriées reflétant le mandat de l'Agence, dont une personne représentant le domaine de la santé publique et le public en général.

   (d) Des liens hiérarchiques clairs devraient être instaurés, par lesquels la présidente ou le président du conseil serait tenu de rendre des comptes directement au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, lui-même responsable devant l'Assemblée législative des activités de l'Agence.

   (e) Une série de comités permanents devraient faire rapport au conseil d'administration, notamment des comités de planification stratégique, de consultation scientifique et de vérification. Ces comités devraient inclure une majorité de membres ne faisant pas partie du conseil d'administration.

   (f) Le comité de planification stratégique devrait avoir pour mandat de soumettre à l'approbation des membres un plan stratégique pluriannuel correspondant à la fois aux priorités du gouvernement et à celles du milieu.

7. Le médecin hygiéniste en chef devrait assister régulièrement aux réunions du conseil de l'Agence en tant qu'observateur, mais non en tant que membre du conseil d'administration de l'Agence.

8. Le médecin hygiéniste en chef devrait participer au processus de planification stratégique de l'Agence en qualité de membre du comité permanent de planification stratégique du conseil d'administration.

9. Le conseil d'administration devrait choisir et engager une personne pour remplir les fonctions de président-directeur général de l'Agence grâce à un processus de recrutement et de sélection transparent.

   (a) La présidente-directrice générale ou le président-directeur général de l'Agence devrait posséder des compétences scientifiques et de leadership dans le domaine de la santé publique.

10. L'agence devrait déposer des plans de rendement annuels auprès du MSSLD dont les résultats feraient l'objet de rapports de rendement annuels.

    (a) Des examens externes périodiques de l'Agence devraient avoir lieu afin d'en évaluer le rendement.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'AGENCE

11. L'Agence devrait avoir pour clients principaux les fournisseurs et les praticiennes et praticiens du domaine des soins de santé, les Bureaux de santé publique et le gouvernement.

12. Le programme initial de l'Agence devrait porter sur les domaines des maladies infectieuses, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, de la santé environnementale et du soutien à la gestion des situations d'urgence.

13. L'Agence devrait apporter les fonctions ou services suivants dans le cadre de ses programmes : surveillance et épidémiologie, recherche, échange des connaissances, diagnostics de laboratoires spécialisés, perfectionnement professionnel et communication.

14. L'Agence devrait être directement liée à un système de laboratoires de santé publique renouvelé et renforcé.
    (a) L'application des recommandations du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence contenues dans la première partie de son rapport devrait correspondre étroitement aux recommandations émanant de l'examen des laboratoires de santé publique.

(b) Les diagnostics de laboratoire émanant de l'Agence devraient :
   (i) provenir des lieux mêmes de l'Agence;
   (ii) être appuyés par un système d'information de laboratoire provincial exhaustif;
   (iii) avoir des fonctions spécialisées telles que les diagnostics moléculaires et de confirmation ainsi que des services de surveillance des maladies;
   (iv) renforcer les capacités de recherche.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU GOUVERNEMENT

15. Le MSSLD devrait assumer le rôle de chef de file et la première responsabilité dans les domaines suivants :

(a) Élaboration des politiques.
(b) Surveillance de la conformité et de la reddition des comptes en matière de normes et lignes directrices.
(c) Planification, évaluation et formation en matière de ressources humaines relatives à la santé publique.
(d) Activités de gestion des situations d'urgence (en collaboration avec Gestion des situations d'urgence Ontario et autres ministères pertinents).
(e) Communication de santé d'ordre général aux praticiennes et praticiens, au public et aux médias.
(f) Financement des Bureaux de santé publique et des établissements de santé, et assurance de la transparence quant à l'utilisation de ces fonds.
(g) Maintien de rapports directs avec les ministères du gouvernement fédéral tels que Santé Canada, de même qu'avec l'Agence de santé publique du Canada, par l'entremise de processus fédéraux, provinciaux ou territoriaux établis, sauf dans les cas où la responsabilité revient à l'Agence.

Introduction

Le mandat du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence (« le Groupe de travail ») prévoit la présentation de deux rapports au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« le MSSLD »). Le présent rapport, qualifié de première partie, donne un aperçu des délibérations qui ont eu lieu jusqu'à ce jour et des recommandations qui en sont issues. Il présente la vision à l'origine de l'idée de créer une agence de santé publique pour l'Ontario (« l'Agence ») et il pose les jalons de sa concrétisation. Il propose par ailleurs une structure de gouvernance pour l'Agence, qui préconise d'en faire un organisme rattaché au MSSLD. Enfin, le présent rapport contient des recommandations concernant, d'une part, les rapports de responsabilisation entre l'Agence et le MSSLD et, d'autre part, les principes directeurs à la base des partenariats que l'Agence pourra forger.

Cette première partie inclut par ailleurs des recommandations générales à l'intention du MSSLD concernant le genre de programmes que l'Agence devrait administrer et le type de fonctions qu'elle devrait assurer. La délimitation du champ d'activité de l'Agence reste toutefois à peaufiner : elle devra notamment tenir compte des recommandations attendues à l'issue de l'actuel examen des laboratoires de santé publique, de même que d'autres développements récents, tels que la création du ministère de la Promotion de la santé. C'est pourquoi le Groupe de travail préconise que la délimitation du champ d'activité de l'Agence se poursuive alors même que celle-ci commencera à prendre forme tant par l'adoption de sa loi constitutive que par la nomination de son conseil d'administration et de la personne qui occupera le poste de chef de sa direction.

Chapitre 1

Contexte

Plusieurs rapports récents appellent à un renouveau dans le domaine de la santé publique en démontrant clairement la nécessité de renflouer et de renforcer nos moyens de promotion et de protection de la santé des Canadiennes et des Canadiens, et ce tant au niveau provincial que national. Ces rapports sont les suivants :

- Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (Rapport Naylor)[1].
- Commission sur le SRAS. *Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario.* (Premier rapport provisoire du juge Archie Campbell)[2].
- Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* (Rapport Walker)[3].
- Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes. *Ferme à la fourchette : Une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario.* (Rapport du juge Roland Haines)[4].

Tous ces rapports soulignent l'importance d'établir un organisme indépendant dont le rôle serait essentiellement de contribuer à l'excellence dans la prestation de services techniques et scientifiques en santé publique visant à appuyer notre système de santé. Un tel organisme serait similaire à ceux qui existent déjà en Colombie-Britannique, au Québec et au Royaume-Uni : les résultats obtenus là et ailleurs ne laissent aucun doute quant aux avantages que présente l'existence d'un organisme ayant pour mission de faire le lien entre la science et la pratique.

1.1 Opération Protection de la santé

En réponse aux recommandations du Rapport Walker et du premier rapport provisoire du juge Archie Campbell, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée lançait, le 22 juin 2004, l'*Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.*

L'une des priorités stratégiques clefs de ce plan d'action triennal est, conformément à un engagement qui fera date, la création d'une nouvelle agence de santé publique pour l'Ontario (« l'Agence »), dont le rôle serait tant de prévenir et d'enrayer les maladies que de promouvoir la santé.

Le but déclaré de l'Agence, tel qu'énoncé dans le rapport *Opération Protection de la santé*, consiste à « améliorer la capacité de l'Ontario d'offrir des conseils techniques et scientifiques pour le secteur de la santé et au sein de celui-ci dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé »[5]. Le gouvernement actuel s'est engagé à faire en sorte que l'Agence soit opérationnelle d'ici 2006-2007, avec un conseil d'administration dûment constitué au préalable.

1.2 Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

Le rapport *Opération Protection de la santé* contient l'engagement à constituer un groupe de travail chargé de conseiller le MSSLD au sujet de la conception, de la préparation et de la mise en œuvre de l'Agence. Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence a vu le jour en janvier 2005, avec pour responsabilités de :

- valider les propositions faites concernant le mandat, les fonctions clefs, la structure, la gouvernance et la supervision de l'Agence;
- faire des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence et son rôle général en matière de santé publique, tout en les délimitant, notamment par rapport à ceux et celles du MSSLD, du monde universitaire, du système de santé publique élargi, de l'Agence de santé publique du Canada et de ses centres de collaboration;

- recommander un plan détaillé pour la mise en œuvre de l'Agence sur trois ans (portant, entre autres, sur son infrastructure, ses besoins financiers, ses ressources humaines et les mesures afférentes à la période transitoire).

Le Groupe de travail s'est réuni régulièrement depuis le début de l'année 2005 et s'est jusqu'à ce jour acquitté des deux tiers de son mandat, qui est présenté en détail à l'annexe 1. Dans la présente première partie de son rapport, le Groupe de travail présente ses recommandations préliminaires concernant la préparation et la mise sur pied de l'Agence.

Ses discussions ont porté sur la vision, la mission et les valeurs proposées pour l'Agence, sa gouvernance, les principes sur lesquels devraient se baser les partenariats qu'elle pourra forger, de même que le genre de programmes que l'Agence devrait administrer et le type de fonctions qu'elle devrait assurer. Le Groupe de travail prend pour acquis que l'Agence devra jouir d'une grande indépendance pour pouvoir s'acquitter convenablement de son mandat, mais aussi cultiver des liens assez étroits tant avec le milieu de la santé qu'avec le gouvernement, de sorte à pouvoir agir de façon ciblée, organisée et coordonnée, autrement dit constructive.

Le Groupe de travail a par ailleurs cerné les principaux groupes que l'Agence devrait avoir pour mandat de servir, à savoir les professionnels, les practiciennes et practiciens, les établissements, les institutions et autres organismes actifs dans le domaine de la santé, y compris les bureaux de santé publique, de même que le gouvernement provincial.

1.3 Activités de validation

Le Groupe de travail a eu recours à plusieurs stratégies pour valider ses propositions concernant les programmes que l'Agence devrait administrer et les fonctions qu'elle devrait assurer, à savoir :

1. le dépouillement de publications spécialisées pour s'informer sur les pratiques exemplaires;
2. l'analyse détaillée des leçons qui se dégagent des initiatives pertinentes prises ailleurs qu'en Ontario;
3. la consultation de plusieurs organismes actifs dans le domaine de la santé publique au sujet de leurs programmes et de leurs fonctions;
4. la consultation de spécialistes en matière de gouvernance dans le secteur public;
5. l'organisation de tables rondes avec des personnes ayant des antécédents, des connaissances et un savoir-faire variés du fait de leurs activités au sein de services de santé publique, d'hôpitaux, de services de santé communautaire, du secteur bénévole ou du milieu universitaire.

Les tables rondes ont donné lieu à des discussions sur la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques et des blessures, de même que sur les maladies infectieuses et l'hygiène du milieu. Les idées qui se sont dégagées des trois tables rondes étaient semblables et ont validé le rôle de l'Agence tel que présenté au chapitre 3 du présent rapport. En effet, les participantes et participants aux tables rondes conçoivent uniformément le rôle de l'Agence comme suit :

- renforcer les capacités techniques de base sur l'ensemble du continuum des soins de santé et ce, par le repérage de lacunes à ce niveau, l'établissement de réseaux de spécialistes ou de communautés de praticiennes et de praticiens (p. ex., en épidémiologie), la contribution à la création de liens étroits entre ces milieux et le personnel sur le terrain, la mise au point de ressources et d'outils en ligne, l'organisation d'activités de formation et de perfectionnement, ou encore le maintien de liaisons officielles et officieuses avec des expertes et experts à l'échelle locale, nationale et internationale;
- établir et coordonner des liaisons, réseaux et autres voies de communication en vue du partage de renseignements et de données;
- mettre au point des outils pratiques basés sur des données probantes et scientifiques, tels que des outils spécifiquement conçus pour aider les bureaux de santé publique à respecter les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*[6];
- influer sur les programmes de recherche de manière à ce que la santé publique fasse l'objet de travaux, y compris des travaux de recherche appliquée et des travaux basés sur des interventions spécifiques;
- agir comme chef de file en matière de création de partenariats, de réseautage et de collaboration à l'échelle provinciale, nationale et internationale, en vue de renforcer les capacités techniques sur le terrain, d'assurer un soutien scientifique et technique hors pair et enfin, de favoriser la recherche dans les domaines où le besoin s'en fait le plus sentir;
- veiller à l'intégration de la recherche, des connaissances, des politiques et des pratiques entre les secteurs et à l'échelle du système.

Comme en témoigne ce qui précède, le Groupe de travail a passé beaucoup de temps à valider auprès de divers leaders dans le domaine les orientations qu'il préconise. Ses activités de validation ont presque toutes confirmé la nécessité de créer l'Agence, conformément aux recommandations du rapport Walker, et de veiller à ce qu'elle se consacre aux programmes et aux fonctions prévus par le Groupe de travail. Elles confirment également que les programmes et fonctions qu'il est question de confier à l'Agence ne feront pas double emploi, mais auront au contraire pour effet de combler des lacunes, de développer des compétences et de créer des synergies entre les organismes existants.

La recherche et le transfert des connaissances seront deux piliers essentiels des activités de l'Agence, d'où la mise sur pied d'un sous-comité qui est en train de formuler des recommandations à cet égard. Ce Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances (dont le mandat est présenté à l'annexe 2) rend par ailleurs compte de ses activités au Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique, qu'il est aussi chargé de seconder.

Le Groupe de travail a fait un effort concerté pour favoriser les échanges avec divers intervenants du système de santé et ainsi multiplier les possibilités d'apports externes à la conception de l'Agence. C'est ainsi que la première réunion du Groupe de référence (dont le mandat est présenté à l'annexe 3), qui a eu lieu à la mi-juillet 2005, a permis au Groupe de travail de tenir les intervenants au courant de ses activités et de recueillir quantité de points de vue sur tout un éventail de questions liées à la création de l'Agence.

Enfin, le Groupe de travail a grandement bénéficié des conseils et des leçons recueillis lors de discussions avec le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'organisme américain Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'organisme britannique Health Protection Agency (HPA).

Chapitre 2

Ce que l'Agence apportera à l'Ontario

Le Groupe de travail a jusqu'ici cherché à répondre à deux questions cruciales, à savoir : *Quelle serait la meilleure façon de mettre sur pied une agence qui soit suffisamment indépendante, mais qui puisse néanmoins cultiver d'étroites relations de travail avec le gouvernement et les intervenants sur le terrain?* et *Quelle contribution particulière l'Agence pourrait-elle faire au système de santé ontarien?* Ce faisant, il s'est basé sur les impératifs suivants : la transparence, le renforcement de la confiance du public dans le système de santé publique, le recrutement et le maintien en poste de professionnels qualifiés, et enfin, la promotion d'une atmosphère propice à la recherche et au progrès scientifique. De ses réflexions sur ces questions sont issues ses recommandations, telles que présentées au chapitre 3 du présent rapport.

2.1 Contexte

La santé publique fait souvent les manchettes en Ontario. Récemment, le virus du Nil occidental, la contamination de l'eau à Walkerton ou encore les problèmes d'inspection de la viande à Aylmer, sans oublier bien sûr le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), ont attiré l'attention sur le fait que la santé des Ontariennes et des Ontariens risque toujours d'être menacée d'une manière ou d'une autre par des facteurs externes. Les sources d'inquiétude actuelles à ce niveau incluent l'anthrax et la variole, les risques de maladie chronique associés à l'obésité, hélas de plus en plus répandue, ou encore la menace grandissante d'une pandémie comme celle que pourrait causer la grippe aviaire, si une souche hautement pathogène de ce virus devait se transmettre aux humains.

Les services de santé publique sont par ailleurs de plus en plus sollicités, comme en témoigne la préoccupation grandissante, chez nous comme dans d'autres pays, avec des questions telles que le fardeau de plus en plus lourd que représentent les maladies chroniques et non transmissibles; la résurgence de la tuberculose; le danger montant associé à l'apparition dans les établissements de santé comme dans la collectivité d'organismes résistant aux antibiotiques, par exemple le *staphylococcus aureus* (ou staphylocoque doré) qui résiste à la methicilline; la multiplication des infections transmises par des pathogènes en circulation dans les établissements, comme par exemple le *clostridium difficile*; ou encore les zoonoses[8], telle que la maladie de Lyme, responsables d'après de récentes estimations d'environ 70 pour 100 de toutes les maladies infectieuses nouvelles ou émergentes chez les humains. Enfin, à mesure que la province et la société commencent à investir plus sérieusement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, le besoin de pouvoir se référer à des données probantes en sciences du comportement se fait très clairement ressentir, et ce afin de pouvoir garantir que les initiatives ainsi financées sont d'un bon rapport coût-efficacité. Il importe en effet de savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas, et d'en connaître les raisons, de sorte à pouvoir décider, preuves à l'appui, à quoi consacrer les maigres ressources disponibles pour les soins de santé.

L'Ontario doit absolument être prêt à affronter les sources d'inquiétude actuelles de la façon la plus efficace, efficiente, rapide et scientifique possible. On ne saurait par exemple trop insister sur l'importance de disposer de données de surveillance fiables et de la plus haute qualité pour pouvoir contrer de façon proactive et efficace la prochaine pandémie de grippe et d'autres menaces. Le peu de cas fait depuis quelques décennies de tout ce qui touche la santé publique a gravement miné les capacités d'intervention dans ce domaine. Heureusement, il semblerait que cette tendance se soit renversée, tant à l'échelle provinciale que nationale, et que la santé publique bénéficie enfin d'un regain d'intérêt. Le renouvellement ainsi amorcé a souligné la nécessité primordiale de doter le système et ses diverses composantes, telles que les bureaux de santé publique, de solides soutiens scientifiques et techniques, de même que de ressources humaines adéquates. C'est dans ce contexte de renouveau que le Groupe de travail a vu le jour, et c'est dans le plus grand optimisme qu'il fait les recommandations présentées dans ce rapport.

[8] *Autrement dit, les infections transmissibles des animaux aux humains.*

Ces deux dernières années, suite à la flambée du SRAS, une série de rapports ont abordé la meilleure façon de veiller à ce que l'Ontario, et d'ailleurs le Canada tout entier, soient bien préparés aux menaces qui, un jour ou l'autre, viendront inévitablement peser sur la santé publique. L'un et l'autre paliers de gouvernement ont d'ailleurs appelé à un renforcement des moyens consacrés à la santé publique, de même qu'à la mise sur pied d'un centre scientifique et technique d'expertise en santé publique.

Publié en octobre 2003, le rapport Naylor recommandait la création d'une agence canadienne de santé publique en tant qu'organisme de service indépendant prévu par la loi, chargé d'assurer un leadership et d'agir sur les questions relatives à la santé publique[1]. Il recommandait par ailleurs que cette agence bénéficie d'un financement distinct (à raison de 100 millions de dollars par année de plus que ce que le gouvernement fédéral consacre présentement aux fonctions de santé publique de base qu'il finance), et que le gouvernement fédéral accorde des fonds additionnels aux provinces et territoires pour leur permettre d'améliorer leurs services de santé publique. Enfin, ce rapport estimait qu'une importance prioritaire devait être accordée aux programmes de surveillance des maladies infectieuses, et notamment au soutien du personnel requis pour exécuter les activités de surveillance.

En réponse au rapport Naylor, et pour donner suite à l'engagement pris par le gouvernement fédéral de protéger la santé et la sécurité de l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens, le gouvernement fédéral a créé, en septembre 2004, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), et ce par décret en conseil, plutôt que par voie législative, tel que recommandé. L'ASPC vise surtout à prévenir les maladies chroniques et les blessures, de même qu'à réagir aux urgences sanitaires, et notamment aux flambées de maladies infectieuses.

La structure de l'ASPC inclut, entre autres, six centres nationaux de collaboration, dont les fonctions clefs consistent à tirer parti de l'expertise régionale, nationale et internationale pour compléter les contributions des particuliers et des organismes à tous les niveaux du système de santé publique; promouvoir et renforcer les liens de collaboration et créer d'importants nouveaux liens entre le milieu de la recherche, la communauté de la santé publique et d'autres intervenants; et enfin, contribuer à l'amélioration et à l'expansion des politiques, programmes et pratiques en santé publique grâce à la mise en commun des connaissances et à la collaboration avec tout un éventail d'intervenants en soins de santé.

Rendu public en *novembre 2003*, le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby, incluait la remarque suivante au sujet d'une éventuelle agence fédérale de santé publique : « En résumé, le Comité est fermement convaincu … qu'une nouvelle agence indépendante permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. Elle créerait aussi un climat propice à une plus grande collaboration entre l'ensemble des instances gouvernementales; ce qui renforcerait d'autant la capacité de protéger et promouvoir la santé de tous les Canadiens »[2].

En *avril 2004*, le juge Archie Campbell présentait son premier rapport provisoire au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Dans ce rapport, qui met en lumière l'insuffisance de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario durant la crise du SRAS, le juge Campbell recommande la création d'un centre ontarien de lutte contre les maladies infectieuses, indépendant du MSSLD, qui disposerait d'une masse critique d'expertise en santé publique, qui aurait des liens étroits avec le milieu universitaire et qui aurait accès à des services de laboratoire centraux[3].

Publié lui aussi en *avril 2004*, le rapport Walker offre une vision très détaillée d'un système de santé publique revitalisé pour l'Ontario. L'une de ses recommandations était la création par voie législative d'une agence ontarienne de santé publique qui serait indépendante du gouvernement et qui serait dirigée par un conseil d'administration en bonne et due forme[4]. Le rapport Walker prévoyait par ailleurs qu'une telle agence servirait à organiser et à harmoniser les fonctions scientifiques et techniques liées à la santé publique, et ce avec souplesse, en préservant leur autonomie selon les besoins.

La réponse du gouvernement de l'Ontario au rapport Walker a été d'énoncer dans un plan triennal intitulé *Opération Protection de la santé* son engagement à revitaliser le système ontarien de santé publique[5]. L'une des pierres angulaires de l'*Opération Protection de la santé* est la mise sur pied d'une agence indépendante qui assurerait les fonctions suivantes :

- offrir des services de laboratoire améliorés et spécialisés en santé publique;
- lutter contre les maladies infectieuses (notamment grâce à la prévention des infections et au renforcement des capacités d'intervention relatives aux maladies transmissibles);
- faciliter et soutenir la préparation aux situations d'urgence;
- contribuer à la promotion de la santé et à la prévention des maladies ou blessures;
- assurer la communication des risques;
- favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

Le Groupe de travail a tenu compte de ces différents rapports lors de ses propres délibérations, et en particulier du rapport *Opération Protection de la santé*.

Aperçu des organismes spécialisés en santé publique de par le monde

	Québec **Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)**	**Colombie-Britannique** **BC Centre for Disease Control (BCCDC)**	**États-Unis** **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**	**Royaume-Uni** **Health Protection Agency (HPA)**	**Hong Kong** **Centre for Health Protection (CHP)**	**Europe** **Centre européen de contrôle et de prévention des maladies**
Création	1998	1997	1946	2003	2004	Mai 2005
Nature	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs de la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*	Personne morale créée par décret, relativement indépendante, car elle doit rendre compte de ses actions à l'office provincial des services de santé	Organisme gouvernemental qui fait partie du Department of Health and Human Services	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs de la loi *Health Protection Agency Act, 2004*	Organisme gouvernemental qui fait partie du Department of Health de Hong Kong (la personne qui le dirige relève du ministre de la Santé)	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs du *Règlement 851/2004 du Parlement européen et du Conseil européen*
Mandat	Améliorer le développement, la coordination et la mise à profit de l'expertise en santé publique, de même qu'enrichir et disséminer les connaissances s'y rapportant.	Contribuer au fonctionnement d'un programme complet de prévention des maladies transmissibles et de protection de l'hygiène du milieu.	Promouvoir la santé et la qualité de vie grâce à des activités visant à prévenir, et à lutter contre, les maladies, les blessures et les déficiences.	Promouvoir la santé et minimiser l'impact des maladies infectieuses, de même que les dangers liés aux substances toxiques et produits chimiques et aux rayonnements.	Prévenir et contrôler efficacement les maladies, grâce à la collaboration avec d'importants intervenants locaux et internationaux.	Déceler, évaluer et faire connaître les risques actuels et émergents que des maladies transmissibles présentent pour la santé (son mandat pourra être étendu aux maladies non transmissibles après un examen prévu pour 2007).
Objets	• Surveillance et évaluation de la santé de la population • Promotion de la santé • Prévention des maladies et des blessures • Protection de la santé • Administration des laboratoires de santé publique, du centre de toxicologie et du service provincial de dépistage audiologique et radiologique	• Lutte contre l'hépatite • Épidémiologie • Services de laboratoire • Lutte contre les maladies transmissibles sexuellement et contre le VIH • Lutte contre la tuberculose • Information sur les aliments et les drogues • Protection des produits alimentaires • Radioprotection	• Promotion de la santé et prévention des maladies, des blessures et des déficiences • Préparation aux urgences sanitaires, y compris la protection contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les risques d'infection ou encore les risques liés à l'environnement ou aux menaces terroristes.	• Maladies infectieuses • Substances toxiques et produits chimiques • Rayonnements • Interventions en cas d'urgence sanitaire • Services locaux et régionaux • Recherche • Communication des risques	• Surveillance et épidémiologie • Interventions et diffusion de l'information en cas d'urgence sanitaire • Prévention des infections • Gestion des programmes et perfectionnement • Laboratoire de santé publique • Services de santé publique	• Procéder à la coordination des réseaux européens opérant dans le domaine de la santé publique, afin de favoriser leur collaboration et la coordination de leurs actions • Encourager la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique (p. ex., l'Organisation mondiale de la santé ou le CDC)

2.2 Leçons tirées d'ailleurs

Le succès de mesures prises ailleurs qu'en Ontario, que ce soit au Canada ou à l'étranger, pour renouveler des systèmes de santé publique est porteur de nombreuses leçons. À bien des endroits, les mesures passées ou en cours incluent la mise sur pied d'organismes qui se consacrent exclusivement à des activités techniques et scientifiques destinées à appuyer les services de santé publique (cf. page 13, Aperçu des organismes spécialisés en santé publique de par le monde).

Deux provinces canadiennes disposent jusqu'à ce jour d'un organisme spécialisé en santé publique, à savoir le Québec et la Colombie-Britannique. L'INSPQ a été fondé avec pour mission de favoriser l'enrichissement et la gestion des connaissances susceptibles d'appuyer et de transformer les services de santé publique. Les activités de l'INSPQ portent sur ce qui suit :

- le développement, le partage et l'utilisation des connaissances en matière de santé publique;
- la promotion de la recherche et son approfondissement en collaboration avec des organismes de recherche et de financement;
- la sensibilisation du ministre compétent aux retombées des politiques du gouvernement québécois sur la santé de la population de la province;
- la communication au public de renseignements sur sa santé et son bien-être, de même que sur les problèmes émergents qui s'y rapportent, leur origine et les solutions envisageables en matière de prévention ou de traitement;
- la collaboration avec les universités à l'élaboration et à la mise à jour des programmes de formation en santé publique aux premier, deuxième et troisième cycles, y compris la conception et la mise en œuvre de programmes de formation professionnelle continue[6].

Le BCCDC est le centre d'excellence en prévention, dépistage et contrôle des maladies transmissibles de la province de Colombie-Britannique, de même qu'un fournisseur de ressources et de services de soutien spécialisés, notamment des services d'information sur les drogues et autres substances toxiques, des services de radioprotection, des services de protection des produits alimentaires et une variété de cliniques publiques[7]. Le BCCDC collabore avec l'Université de Colombie-Britannique à l'avancement de l'enseignement et de la recherche universitaires.

L'organisme spécialisé en santé publique qui jouit de la plus grande renommée internationale est le CDC des États-Unis[8]. Fondé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale sous le nom de Communicable Disease Center, le CDC fait partie du département américain des services sanitaires et sociaux (Department of Health and Human Services). Il a tant et si bien fait preuve d'expertise scientifique et technique au fil des ans qu'il jouit aujourd'hui d'une grande crédibilité, et donc de la confiance du public et d'une certaine autonomie. L'acquisition d'une telle crédibilité et autonomie est donc possible pour un organisme gouvernemental, mais elle prend beaucoup de temps et risque d'être contrariée du jour au lendemain par des changements au pouvoir qui peuvent entraîner des ingérences politiques[9].

De nos jours, le CDC agit en fonction d'un mandat élargi de promotion de la santé et de la qualité de vie. Il collabore avec divers partenaires américains et autres à des activités de surveillance de la santé; de dépistage de problèmes relatifs à la santé et d'enquête sur ceux-ci; de recherche visant à améliorer la prévention des maladies; d'élaboration et de promotion de solides politiques de santé publique; de mise en œuvre de stratégies de prévention; de promotion d'un environnement sain et sécuritaire et de comportements favorables à la santé; et enfin, de leadership et de formation.

Il n'y a pas très longtemps, le Royaume-Uni a créé un organisme par voie législative, connu sous l'acronyme HPA, qui est chargé de protéger la santé et de minimiser divers risques sanitaires[10]. Son rôle consiste à :

- fournir des conseils au gouvernement au sujet des politiques et des programmes de protection de la santé publique;
- assurer la prestation de certains services et aider le National Health Service et d'autres organismes à tenir la population à l'abri des maladies infectieuses, des substances toxiques, ainsi que des dangers chimiques et radiologiques;
- servir de source d'information et de recommandations impartiales et documentées tant à l'intention des professionnels de la santé que du public;
- faire face aux nouvelles menaces qui pèsent sur la santé publique;
- réagir rapidement aux urgences sanitaires, notamment en cas de dissémination délibérée de substances biologiques, chimiques, toxiques ou radioactives;
- l'enrichissement du savoir en matière de protection de la santé publique grâce à des activités de développement des connaissances, de recherche, d'éducation et de formation.

La Communauté européenne[11] et Hong Kong[12] ont décidé de se doter d'organismes spécialisés similaires.

Au Royaume-Uni, il existe par ailleurs depuis 1999-2000 une dizaine d'observatoires spécialisés en santé publique (qualifiés de « Public Health Observatories » ou « PHO »)[13]. Chacun de ces PHO est responsable d'un secteur géographique en Angleterre ou au Pays de Galles, où il recueille et analyse des données sur la santé publique et où il surveille les activités en matière de santé des autorités locales compétentes. Plusieurs PHO partagent des locaux avec des établissements d'enseignement supérieur, tels que le campus Queen's de l'Université de Durham, l'Université John Moores à Liverpool et l'institut de santé publique (Institute of Public Health) à Cambridge.

Chaque PHO remplit les fonctions suivantes dans la région sur laquelle s'exerce sa compétence :

- suivre les tendances en matière de santé et de maladies et cerner les aspects sur lesquels il convient d'agir;
- repérer les lacunes que présente l'information sur la santé;
- fournir des conseils au sujet des méthodes d'évaluation de la santé et des retombées des inégalités par rapport à la santé;
- rassembler des données de sources diverses et les mettre à profit de façon novatrice pour améliorer la santé;
- mener des initiatives visant à mettre en lumière certains problèmes relatifs à la santé;
- évaluer les progrès réalisés par les organismes locaux sur le plan de l'amélioration de la santé et de la réduction des inégalités en la matière;
- anticiper sur l'avenir afin de donner l'alerte de problèmes qui se dessinent à l'horizon en ce qui concerne la santé de la population.

De toute évidence, d'autres gouvernements ont eu soin de rassembler une masse critique d'expertise en santé publique au sein d'un organisme indépendant : l'Ontario étant la plus grande des provinces canadiennes, notre gouvernement devrait en faire autant.

2.3 Harmonisation avec les initiatives clefs en matière de réforme des soins de santé

L'actuel gouvernement de l'Ontario s'est engagé à entreprendre une vaste réforme du système de santé, et ce moyennant la création de réseaux locaux d'intégration des soins de santé; la mise en place d'un cadre législatif de responsabilisation en matière de soins de santé[4] associée à la constitution du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, l'établissement d'Équipes Santé familiale, et enfin, la mise au point d'une stratégie de gestion de l'information qui circule au sein du système. Deux des principes qui soutendent ces initiatives sont une meilleure intégration des soins et la référenciation de la qualité des soins.

Le Groupe de travail estime que l'Agence pourra contribuer à ces efforts de différentes façons, et principalement en agissant comme importante force d'intégration à l'échelle du système de santé, de par son rôle de ressource scientifique et technique pour la diffusion de l'information, l'exécution des programmes et la prestation des services. La contribution de l'Agence bénéficiera non seulement aux bureaux de santé publique et aux praticiennes et praticiens en santé publique, mais aux professionnels et autres fournisseurs de soins et de services de santé en général, y compris les hôpitaux, les centres de santé communautaire, les établissements de soins de longue durée et d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, sans oublier le gouvernement lui-même.

L'Agence fournira des conseils, des outils et de l'information en employant une science et un langage uniformes, renforçant ainsi l'intégration et rehaussant la qualité des soins. Il importe que les intervenants dans le domaine de la santé publique s'appuient sur les mêmes bases, fondées sur des données probantes et des travaux de recherche qui transcendent les « silos » existants. Enfin, grâce à la prestation de services coordonnés, notamment sur le plan de la surveillance et des analyses épidémiologiques s'y rapportant, l'Agence servira de source centralisée de données et de renseignements pouvant servir à l'établissement de références fiables.

2.4 Collaboration, optimisation des ressources et rationalisation

La valeur et l'importance d'une approche intégrée ne font plus guère de doute. En effet, depuis quelque temps, la prestation des soins de santé et la recherche afférente font état d'un cloisonnement, autrement dit de l'existence de « silos », en ce sens que les établissements, les organismes, les chercheuses et chercheurs et les membres de différentes professions qui œuvrent dans le domaine de la santé le font de façon relativement isolée les uns des autres. Dernièrement, certains principes de réseautage se sont imposés par l'intermédiaire de consortiums de recherche et de réseaux régionaux de personnes ou d'organismes se consacrant à une maladie spécifique. Ceci étant dit, l'Ontario ne dispose toujours pas d'un centre d'expertise scientifique et technique en matière de santé publique auquel les membres de la profession médicale, les autres fournisseurs de soins et le gouvernement pourraient se référer.

Selon le Groupe de travail, la création de l'Agence représente une occasion parfaite d'instaurer une approche collaborative et uniforme de l'exécution des programmes et de la prestation des services à l'échelle locale, régionale et provinciale, et ce grâce aux outils et aux connaissances qui se dégageront de ses activités. Le Groupe de travail ne saurait toutefois trop insister sur le fait que pour tirer le meilleur parti de cette possibilité, il faut absolument veiller à ce que l'Agence dispose de *moyens suffisants* sur le plan des ressources tant humaines que financières, et qu'elle puisse compter sur l'*accès à l'information* et aux autres données nécessaires.

L'Agence sera un bon investissement grâce à ses activités de coordination, d'information et de dissémination d'outils. Elle permettra aussi d'éviter des coûts, vu qu'elle hébergera la masse critique de ressources et d'expertise requise pour faire face à des situations imprévues susceptibles de nuire à l'économie ontarienne. L'énorme facture de la crise du SRAS apporte à elle seule toute la preuve nécessaire, le cas échéant, du bien-fondé de la création de l'Agence.

L'Agence sera à l'origine de partenariats avec des établissements d'enseignement, des centres hospitaliers universitaires, des organes de recherche et des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Ainsi, un réseautage efficace aura lieu entre les spécialistes de la santé publique en Ontario et l'exploitation de leurs compétences sera optimisée. Un tel réseautage a par ailleurs pour effet de minimiser les efforts faisant double emploi qui sont si fréquents en l'absence d'un organe de coordination central. Enfin, les partenariats permettront de tirer le meilleur parti des capacités existantes et de les renforcer, plutôt que de devoir constituer des capacités à partir de rien.

L'Ontario est à bien des égards un chef de file de la recherche dans le domaine de la santé, et le Groupe de travail est d'avis que la position de la province ne pourra qu'être renforcée grâce à la création de l'Agence. Les activités de l'Agence en matière de partenariats et d'autres formes de collaboration, de même que son rôle pour ce qui est de cerner et d'harmoniser les priorités sur le plan de la santé publique contribueront à l'instauration d'une communauté de recherche à l'échelle de l'Ontario, alors que présentement, la recherche est ancrée au sein d'universités ou d'autres organismes individuels. L'Agence sera une structure novatrice qui jettera des ponts entre les professionnels de la santé, le milieu de la recherche et le gouvernement. De plus, le gouvernement de l'Ontario investit des sommes considérables dans la recherche, et la création d'un nouveau ministère de la Recherche et de l'Innovation témoigne de sa détermination croissante à appuyer « l'industrie du savoir » de la province. L'Agence permettra d'obtenir les meilleurs résultats possibles de cet investissement.

La mise en place d'un organisme central entièrement voué au rôle de ressource en santé publique permettra par ailleurs à différentes branches du gouvernement de profiter de la même base de données scientifiques. En plus du MSSLD, le nouveau ministère de la Promotion de la santé, le ministère de l'Environnement (qui est responsable de la salubrité de l'eau et de l'air) et le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales (responsable, lui, de la sécurité des produits alimentaires) devraient tous, de l'avis du Groupe de travail, bénéficier, dans le cadre de l'exécution de leurs mandats respectifs, de l'expertise et des conseils cohérents d'une seule et même agence. Une situation qui illustre bien cette idée est la menace actuelle d'une pandémie de grippe aviaire : le ministère des Richesses naturelles pourrait bénéficier de l'aide de l'Agence pour ce qui est de la surveillance des oiseaux migrateurs susceptibles de porter le virus grippal de souche H5N1; cette aide serait aussi utile au ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales pour la surveillance des volailles domestiques auxquelles les oiseaux migrateurs pourraient transmettre le virus H5N1 et enfin, l'Agence pourrait aider le MSSLD en rapport avec le risque de transmission du virus H5N1 aux humains. Dans pareille situation, une analyse détaillée et cohérente des risques s'impose, tout comme la possibilité pour les différents ministères d'accéder de façon coordonnée aux plus récentes données de recherche et aux résultats d'évaluation des risques : l'Agence sera la réponse idéale à ce type de besoin.

2.4.a Renforcement de l'intégration des services de santé

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a vu le jour en juin 2004 dans le cadre de l'*Opération Protection de la santé*. Le CCPMI a pour rôle de conseiller la médecin hygiéniste en chef sur tous les aspects scientifiques et techniques de la prévention, de la surveillance et du contrôle des maladies infectieuses. Ses membres sont des spécialistes des soins actifs, des soins de longue durée, de la santé publique, de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que des services de santé en milieu communautaire, autrement dit des représentantes et représentants de secteurs du système de santé qui n'ont pas l'habitude de collaborer de la sorte. Jusqu'ici, le CCPMI a fait preuve de souplesse, de sensibilité, de crédibilité et de compétence alors même qu'il fonctionne à l'extérieur de l'infrastructure du MSSLD : ses conseils se sont par exemple avérés précieux au printemps 2005 durant la flambée de rubéole dans le sud-ouest de l'Ontario.

Le CCPMI est entièrement composé de spécialistes, qui lui consacrent du temps de façon bénévole, tout en gérant des carrières à temps plein. La même chose vaut pour le comité consultatif scientifique qui appuie l'Unité de gestion des situations d'urgence au sein du MSSLD. Il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que ces personnes poursuivent bien longtemps leur bénévolat. Il s'agit donc de créer une infrastructure pour officialiser les ressources telles que le CCPMI et le comité consultatif scientifique, et ce par des mécanismes de rémunération et d'affiliation en bonne et due forme, par exemple moyennant des nominations conjointes qui permettraient aux personnes concernées de maintenir des relations durables avec plusieurs organismes simultanément, ou encore par le biais de détachements ou de prêts de service. Il est temps que le gouvernement abandonne les dispositifs et mécanismes ponctuels par lesquels il a coutume de se procurer les données scientifiques nécessaires à ses prises de décision et qu'il opte pour plus de permanence et de souplesse.

2.4.b Élimination efficace des lacunes

Le Groupe de travail reconnaît que la province dispose présentement d'une certaine richesse de connaissances, d'expertise, de programmes et de services en santé publique. Ceci étant dit, il est indéniable qu'il existe à cet égard aussi des lacunes flagrantes que l'Agence pourrait éliminer. Il y aurait

entre autres de toute évidence lieu de sérieusement renforcer le système de surveillance de différentes infections et maladies chroniques, que ce soit de façon ciblée ou continue. Les lacunes actuelles en la matière concernent entre autres la santé animale, vu l'impact des zoonoses sur la santé humaine; les maladies infectieuses dont la déclaration n'est pas prescrite par la loi; les organismes résistant aux antibiotiques qui circulent dans les établissements de santé et dans des milieux communautaires, tels que le staphylocoque doré ou *staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline; les infections propagées dans les établissements, tels que le *clostridium difficile*; les maladies chroniques telles que le diabète de type 2 ou encore les menaces émergentes, telles que l'obésité infantile.

Par ailleurs, il serait bon de mieux analyser l'ensemble des données de surveillance et d'utiliser les résultats de cette analyse pour conseiller le gouvernement en temps opportun sur la nécessité d'une éventuelle modification de politique; l'élaboration et le soutien de nouveaux programmes; la mise en œuvre d'interventions précises, telles que des campagnes d'immunisation, ou encore les besoins en matière de recherche.

Une autre lacune, et non des moindres, concerne l'insuffisance d'outils pratiques, pertinents et actualisés mis à la disposition des intervenants sur le terrain, qu'il s'agisse par exemple de lignes directrices, d'énoncés de pratiques exemplaires ou de protocoles présentant la marche à suivre en cas d'épidémie infectieuse. L'Agence pourrait se charger de ces différentes activités, ou du moins les appuyer.

Il est bon de savoir que le gouvernement fédéral a créé l'ASPC; il n'empêche que le plus gros des activités liées à la santé publique au jour le jour sont assurées à l'échelle provinciale ou locale. C'est pour une raison similaire que plusieurs des grands États américains, notamment le Minnesota et la Floride, se sont dotés de leurs propres organes spécialisés et qu'au Canada, des organismes tels que l'INSPQ et le BCCDC sont d'une si grande utilité pour leurs provinces respectives. Une agence de santé publique ontarienne abritera l'infrastructure et la capacité d'intervention nécessaires à l'appui des intervenants sur le terrain, y compris les travailleuses et travailleurs de la santé qui assurent les services aux premières lignes, de même qu'à la collaboration à l'échelle provinciale.

Bien que son champ d'activité recoupe celui de l'Agence à divers niveaux, l'ASPC joue aussi plusieurs rôles distincts, notamment sur le plan de la coordination nationale, de la collecte de données nationales, de la liaison avec des organismes étrangers, nationaux et internationaux, ou encore de la prestation de services hautement spécialisés, notamment par l'entremise du Laboratoire national de microbiologie. Enfin, l'Agence se prêterait parfaitement au rôle de partenaire ontarien de l'ASPC par l'intermédiaire des centres nationaux de collaboration de cette dernière.

2.4.c Mise à profit de la riche expertise ontarienne

L'Ontario compte quantité d'expertes et d'experts et d'autres ressources spécialisées au sein des services de santé publique et d'autres services cliniques, du monde la recherche, du milieu universitaire et du domaine des sciences vétérinaires. Ses expertes et experts jouissent souvent d'une renommée internationale et sont fréquemment consultés par des personnes ou organismes des quatre coins du Canada ou du monde. Leur rassemblement au sein de l'Agence permettra à ces spécialistes de travailler dans une atmosphère d'excellence, d'où se dégageront des connaissances et des données pertinentes et de la plus grande utilité dans un premier temps *pour l'Ontario,* mais aussi pour le reste du Canada et du monde. L'Agence servira en quelque sorte d'aimant qui attirera davantage d'expertise et d'innovation, ce qui entraînera par ricochet la création de groupements de recherche et de développement.

2.5 Focalisation de l'action gouvernementale

Le succès de l'Agence dépendra d'une délimitation bien claire de son rôle et de celui des autres intervenants dans le domaine de la santé publique. Une tendance qui se dessine un peu partout est que les gouvernements se concentrent davantage sur la gestion des services de santé, en se dégageant de toute responsabilité pour leur prestation directe. La spécialité du gouvernement est l'élaboration de politiques menant, lorsqu'il y a lieu, à l'adoption de dispositions législatives, de même qu'au financement et à l'administration de programmes, avec ce qui s'ensuit de responsabilisation concernant l'utilisation judicieuse des deniers publics dans l'intérêt des contribuables. Ce ne sont pas là des rôles que l'Agence entreprendra. Le gouvernement est, a fortiori, plus bureaucratique, il est contraint de concilier des intérêts divergents et ses activités, parmi lesquelles la recherche n'occupe qu'une place mineure, sont surtout axées sur les processus. Le gouvernement a pour rôle de cerner globalement les priorités de la recherche, d'investir dans la recherche de façon stratégique et efficace, et enfin de rassembler des conditions favorables à l'innovation et à l'excellence au niveau de la recherche dans tous les secteurs. Toutefois, une infrastructure souple convient mieux à la science et à l'innovation, toutes deux indispensables au succès de l'Agence.

Comme le résume bien le rapport Naylor : « …la position actuelle des fonctions de santé publique au sein d'un ministère du gouvernement place les professionnels de la santé dans une très vaste organisation et dans une culture largement axée sur les processus et particulièrement orientée vers les questions politiques du jour. … Les processus par lesquels les politiques sont élaborées et communiquées peuvent être moins qu'optimaux pour la prestation des services spécialisés de santé publique ou

même de conseil sur les questions de réglementation[15]. » Dans le rapport Walker, on lit par ailleurs : « ... une agence fonctionnant indépendamment du ministère peut conférer un plus grand degré d'agilité à plusieurs fonctions d'analyse et d'intervention critiques qui relèvent actuellement du ministère[16]. » Manifestement, un organisme externe au gouvernement serait mieux à même de véhiculer les valeurs que le Groupe de travail voit comme étant celles de l'Agence, telle que proposée dans le présent rapport.

Les fonctionnaires qui s'acquittent de fonctions techniques ou scientifiques sont souvent amenés, dans le cadre de leur travail, à faire appel à des connaissances générales, vu la nature de leur emploi. Une capacité d'intervention souple et pertinente par contre est indissociable de l'accès à des types d'expertise très *spécifiques* : une agence telle que celle dont la création est proposée peut héberger cette expertise ou la rendre accessible grâce à des nominations conjointes ou des partenariats. De plus, l'Agence pourrait servir de centre d'expertise dont la pérennité ne serait pas liée à celle du gouvernement au pouvoir, contrairement aux effectifs scientifiques et techniques internes du gouvernement, qui sont souvent les premiers à souffrir en cas de coupures budgétaires.

De ce fait, le Groupe de travail juge préférable de rassembler des ressources scientifiques et techniques au sein d'un organisme indépendant du gouvernement, car cela permettrait de mieux focaliser l'action gouvernementale, tout en veillant à la disponibilité de ressources aptes à réagir dès que le besoin s'en fait sentir. L'Agence permettra en quelque sorte de ménager la chèvre et le chou, en ce sens qu'elle sera rattachée au gouvernement et responsable envers lui, tout en étant suffisamment indépendante. Cette approche est différente de celle adoptée par le gouvernement fédéral, qui a dans un premier temps établi l'Agence de santé publique du Canada comme organisme faisant partie de la fonction publique et relevant du ministre fédéral de la Santé.

2.6 Capacité d'intervention adaptée à un monde en évolution

La capacité de réagir rapidement et efficacement aux menaces d'ordre sanitaire repose sur l'accès à des données scientifiques fiables, vu que ces données changent sans arrêt et que les menaces qu'il s'agit de contrer peuvent survenir à tout moment. En conséquence, pour garantir l'actualité des connaissances sur lesquelles l'Agence basera ses décisions et sa capacité d'intervenir face aux menaces émergentes, il s'agit de faire en sorte qu'elle puisse compter sur la disponibilité souple et rapide de spécialistes (internes ou externes) et d'équipes de recherche. L'Agence devra donc être dotée d'une structure organisationnelle lui permettant d'agir et de réagir de la façon la plus rapide, la plus souple et la plus efficace possible. Le Groupe de travail se penchera durant la prochaine phase de ses travaux sur la mise au point d'une telle conception organisationnelle pour l'Agence.

Le Groupe de travail recommande que pour garantir la souplesse et la capacité d'intervention de l'Agence, celle-ci soit directement liée au système de laboratoires de santé publique, comme le prévoit le rapport *Opération Protection de la santé* et comme l'ont fait presque tous les autres gouvernements qui se sont dotés d'un organe de santé publique indépendant[b]. Pareille proximité garantira une corrélation entre l'information diagnostique essentielle et les moyens d'étude de la fréquence et du mode de distribution des maladies, ce qui facilitera la surveillance efficace des maladies émergentes ou résurgentes.

L'Agence constituera un endroit où les spécialistes des sciences de laboratoire pourront non seulement s'adonner à des recherches pertinentes, mais interagir régulièrement avec leurs collègues du milieu médical et d'autres professions liées à la santé publique. Ceci facilitera le recrutement de médecins microbiologistes et d'autres ressources humaines indispensables. C'est pourquoi le Groupe de travail recommande vivement que ses travaux et la mise en œuvre de ses recommandations soient mis en étroite relation avec l'examen actuel des laboratoires de santé publique.

L'Agence offrira aux professionnels de la santé et autres fournisseurs connexes partout en Ontario la possibilité d'accéder à la meilleure expertise qui soit et d'obtenir du soutien de qualité par de multiples moyens, y compris par l'intermédiaire de vidéoconférences et de technologies du Web. Il est un fait que de nos jours, de nombreux professionnels et fournisseurs ontariens du secteur de la santé se procurent à distance l'expertise qu'il leur faut, par exemple auprès de spécialistes des centres hospitaliers universitaires disséminés à travers la province ou encore auprès du CDC. Une fois opérationnelle, l'Agence, qui sera un point d'accès central à des services et des connaissances pour l'ensemble de la province, pourra servir de source d'expertise ontarienne pertinente.

La réactivité de l'Agence et sa souplesse d'action seront aussi optimisées du fait que sa structure lui permettra d'intervenir immédiatement pour faire face à des problèmes émergents, imprévus ou urgents concernant la santé publique. Face à de tels problèmes, comme face à toute autre situation dans laquelle elle pourra être amenée à offrir son soutien aux intervenants sur le terrain, l'Agence n'aurait pas pour effet de

[b] *Les services de laboratoire font partie des fonctions de base tant de l'INSPQ que du BCCDC, de l'HPA et du CDC.*

supplanter ou de remplacer, mais plutôt de renforcer, de compléter et d'appuyer les capacités d'intervention locales ou régionales. La rapidité de mobilisation des ressources en cas d'urgence pourra par exemple être assurée grâce à des solutions novatrices en matière de ressources humaines, telles que des nominations conjointes, des détachements, des ententes de partage du personnel avec divers établissements et institutions, ou encore des ententes d'association avec des scientifiques.

L'Agence servira donc à mieux préparer l'Ontario à réagir aux priorités et aux urgences à venir en matière de santé publique, et ce grâce à des activités de planification, de préparation et d'intervention, de même que par la recherche de nouvelles données permettant de mieux comprendre et mesurer les risques. À terme, ceci contribuera à améliorer la santé et la sécurité de l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens.

2.7 Renforcement de la recherche et de l'innovation

L'innovation résulte de l'application à point nommé des conclusions tirées de la recherche scientifique. Lorsque les connaissances qui se dégagent de la recherche ne sont pas appliquées ou autrement utilisées à bon escient, l'argent investi dans la recherche ne rapporte rien. Le gouvernement de l'Ontario, qui vient de créer le ministère de la Recherche et de l'Innovation, a ainsi souligné « l'importance que le gouvernement attache à s'assurer que l'Ontario occupe une place compétitive et gagnante sur le marché des idées[17] ». Les sommes que bon nombre de pays, tels que les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne et le Japon, consacrent à leurs groupements ou réseaux de recherche en santé témoignent de l'influence de la recherche et du développement dans le secteur de la santé en tant que moteurs économiques. Le regroupement des services de recherche, et donc de compétences complémentaires, peut engendrer une masse critique d'expertise susceptible de croître de façon exponentielle. Ces groupements peuvent aussi donner naissance à des réseaux ou des partenariats reliant l'industrie, le milieu de la recherche, le milieu universitaire, les cliniciennes et cliniciens et d'autres intervenants.

Le Groupe de travail prévoit que l'Agence, de concert avec ses partenaires, se transformera en centre de recherche et d'innovation en santé publique. Bien qu'il ne soit pas question d'en faire un organisme de financement de travaux de recherche externes, le Groupe de travail recommande que l'Agence dispose d'un budget de recherche de base qui lui permette par exemple d'accéder à des fonds de démarrage pour l'indispensable recherche en santé publique qu'elle entreprendra en collaboration avec ses partenaires.

L'Agence s'associera aussi aux travaux de recherche majeurs en cours au sein des universités, des hôpitaux et des bureaux de santé publique, de même qu'au Centre MaRS. Elle réunira bon nombre des facteurs que les publications spécialisées sont unanimes à juger indispensables au succès des groupements de recherche et de développement, à savoir :

- des réseaux et des partenariats fonctionnels rassemblant l'industrie, le milieu de la recherche, le milieu universitaire et d'autres intervenants;
- de solides bases propices à l'innovation, incluant des activités de recherche et de développement;
- de l'expertise dans différents domaines;
- une infrastructure matérielle;
- l'accès à des sources de financement;
- la capacité de promouvoir l'innovation;
- la capacité d'établir des objectifs de politique cohérents;
- le soutien de la collectivité qui comprend et accepte les activités liées aux sciences de la vie, voire y participe[18].

Vu qu'elle donnera naissance à un regroupement de spécialistes et de ressources en santé publique et en services de laboratoire, l'Agence aura un effet d'attirance et de multiplication des fonds pour la recherche, notamment en provenance de tierces parties externes, ce qui profitera à la province tout entière. Une part importante du financement global dont dispose l'INSPQ provient de sources externes, grâce à ses activités de recherche et de collaboration.

L'Agence, de concert avec ses partenaires, sera en mesure de rassembler une masse critique de chercheuses et de chercheurs en provenance d'horizons différents au sein d'un groupement multidisciplinaire, et de leur donner accès à des bases de données, y compris des données bioinformatiques, des biobanques et des processus de laboratoire à la pointe du progrès. Ces ressources que l'Agence pourra se procurer donneront naissance à un tout capable d'accomplir davantage, sur le plan scientifique et économique, que la somme de ses composantes, et notamment d'engendrer des découvertes dans un domaine qui auront des applications dans d'autres. La preuve en a été apportée ailleurs qu'en Ontario dans le cadre d'initiatives de regroupement comparables, telles que le Kobe Medical Industry Development Project[19] au Japon ou encore la Minnesota Medical Alley[20]. Par ailleurs, le recoupement de différents secteurs et champs d'activité, parmi lesquels l'industrie, transcendera les limites organisationnelles et fonctionnelles courantes et ouvrira la voie à de nouvelles possibilités.

2.8 Transformation de l'Ontario en centre d'excellence

L'Agence promet d'attirer des scientifiques de renom et d'agir comme catalyseur pour la création de partenariats. Le Groupe de travail considère qu'étant donné l'engagement ferme du gouvernement actuel à renouveler le système de santé publique, l'Ontario devrait s'efforcer de se tailler une place de chef de file mondial dans ce domaine. Grâce à la création de l'Agence, qui pourra fonctionner de façon indépendante et forger ses propres relations et partenariats, l'Ontario disposera d'une source objective, crédible et fiable de renseignements, de connaissances et d'autres données qui répondra aux besoins des Ontariennes et des Ontariens et qui sera perçue par le reste du Canada et du monde comme un centre d'excellence. De plus, l'Agence servira de point d'accueil de la nouvelle technologie. En autant que l'Agence soit dotée d'une structure propice à renforcer ses principaux domaines d'expertise, l'Ontario gagnera en visibilité et en renommée mondiale et pourra ainsi attirer des professionnels de la santé, des universitaires et des spécialistes de la recherche du plus haut calibre.

Une infrastructure de taille assez réduite et moins axée sur les processus se traduira aussi par une plus grande souplesse d'action pour les professionnels, ce qui devrait freiner l'exode des spécialistes de l'Ontario, déjà trop peu nombreux, voire dans bien des cas inciter des spécialistes qui avaient quitté la province à y revenir. Une personne spécialisée en santé publique qui travaillerait pour l'Agence pourrait par exemple s'adonner à des activités de recherche (et ce faisant, chercher à obtenir du financement auprès d'organismes externes), poursuivre des activités au sein d'un cabinet médical ou conserver un poste d'enseignement, si elle le désire, et ce grâce à des nominations conjointes, des détachements ou des accords de partenariat. Ceci entraînera la constitution de la masse critique d'expertise nécessaire à l'exécution des programmes et à la prestation des services qui font partie du mandat de l'Agence (voir au chapitre 3 la description détaillée du champ d'activité proposé pour l'Agence).

En transformant l'Ontario en centre d'excellence en matière de recherche, de connaissances et de services de santé publique, le gouvernement actuel posera les jalons d'un système de santé publique qui inspirera confiance aux Ontariennes et aux Ontariens, qui répondra à leurs besoins et qui formera un legs crucial et durable.

Chapitre 3

Recommandations visant la préparation et la mise en œuvre de l'Agence

Le Groupe de travail a passé beaucoup de temps à discuter des aspects clefs de la préparation et de la mise en œuvre de l'Agence, et en particulier de la structure de gouvernance à retenir pour celle-ci. Il est selon lui de la plus haute importance que l'Agence soit un organisme indépendant du MSSLD, mais rattaché à celui-ci, ce qui facilitera la constitution en temps utile de son conseil d'administration et la dotation du poste de chef de sa direction, deux étapes essentielles à la mise en fonctionnement de l'Agence.

Le Groupe de travail en appelle au MSSLD de commencer sans tarder à appliquer les recommandations formulées dans le présent chapitre, afin de tenir l'engagement pris par le gouvernement dans le rapport *Opération Protection de la santé* à faire en sorte que l'Agence soit opérationnelle d'ici 2006-2007, avec un conseil d'administration dûment constitué au préalable. Par ailleurs, le Groupe de travail recommande que l'Agence soit dotée de ressources suffisantes pour pouvoir s'acquitter de son mandat. Il se range à cet égard à l'avis du juge Walker, qui dans son rapport a estimé les coûts de l'Agence à 45 millions de dollars, indépendamment de tout financement de base existant et en sus de tous frais associés aux recommandations formulées à la suite de l'examen des laboratoires de santé publique.

3.1 Gouvernance

On qualifie de gouvernance le processus suivant lequel les organismes prennent eux-mêmes leurs principales décisions, déterminent qui participera aux décisions et qui devra rendre compte des décisions prises. Au moment de décider quelle structure de gouvernance conviendrait le mieux à l'Agence, le Groupe de travail a consulté des spécialistes et analysé divers principes de bonne gouvernance des sociétés à but non lucratif. La structure de gouvernance qu'il préconise est conforme aux principes à la base des pratiques exemplaires décrites dans les documents suivants :

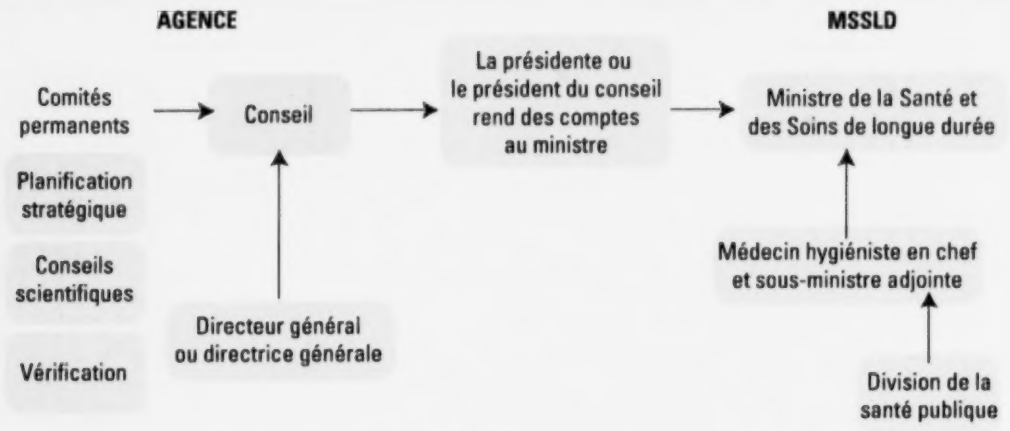
- *Examen du cadre de gouvernance des sociétés d'État du Canada – Répondre aux attentes des Canadiennes et des Canadiens*[1].
- Guide du Secrétariat des nominations[2].
- Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes du gouvernement du Secrétariat du Conseil de gestion[3].
- Lignes directrices concernant la constitution de conseils efficaces[4].
- Principes de saine gestion au XXI[e] siècle[5].
- Lignes directrices de nomination des membres des conseils d'administrations et d'autres organismes du secteur public[6].

Les principes clefs à la base d'une gouvernance de qualité sont l'indépendance, la responsabilité, la transparence et la légitimité.

3.1.a Structure de gouvernance préconisée

La figure 1 présente la structure de gouvernance que le Groupe de travail préconise, avec ses liens hiérarchiques. Le médecin hygiéniste en chef devrait jouer un rôle crucial en rapport avec l'Agence pour ce qui est de veiller à l'harmonisation entre, d'une part, les priorités de l'Agence et, d'autre part, les objectifs et les attentes du gouvernement. Il est donc important que l'Agence et le médecin hygiéniste en chef entretiennent d'étroites relations de travail et de communication, tout en permettant au médecin hygiéniste en chef de s'acquitter des responsabilités découlant de son poste au sein du gouvernement sans conflit d'intérêts.

FIGURE 1 Structure de gouvernance préconisée



3.1.a.i *Indépendance*

Pour que l'Agence soit crédible en tant que source de conseils scientifiques et techniques sans couleur politique, le Groupe de travail recommande qu'elle soit indépendante du MSSLD sur le plan fonctionnel et opérationnel. La création d'une agence indépendante du gouvernement correspond d'ailleurs aux recommandations des rapports Walker, Campbell et Naylor[4-6], à un engagement pris dans le rapport *Opération Protection de la santé*[8] et à ce qui s'est fait avec succès au Québec concernant l'INSPQ. L'indépendance de l'Agence sera aussi garante de son intégrité scientifique et technique, à l'abri de toute possibilité d'ingérence politique, intégrité récemment mise en doute concernant le CDC en raison de son appartenance au gouvernement.

L'INSPQ représente un bon modèle. Il a été constitué en vertu d'une loi spéciale dont les dispositions établissent en détail sa mission, sa gouvernance et ses fonctions et garantissent son existence en tant qu'organe scientifique et technique indépendant du gouvernement. De plus, un protocole d'entente très détaillé conclu entre l'INSPQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec délimite clairement leurs responsabilités respectives. Cet arrangement s'est avéré avantageux pour l'INSPQ depuis sa création voici sept ans, et il explique sa grande efficacité et popularité, malgré les changements intervenus pendant ce temps sur le plan politique et ministériel au gouvernement du Québec.

3.1.a.ii *Responsabilité*

Le Groupe de travail recommande que l'Agence soit constituée en tant qu'organisme rattaché au MSSLD. Le modèle de gouvernance qu'il préconise prévoit des liens et des responsabilités hiérarchiques bien claires : le président ou la présidente du conseil est directement responsable des activités de l'Agence envers le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qui en répond pour sa part devant l'Assemblée législative. S'il est entendu que les services de l'Agence s'adresseront à la fois aux intervenants sur le terrain et à plusieurs ministères, il est préférable qu'un seul ministre soit désigné pour rendre compte des activités de celle-ci. Il s'agirait d'établir un cadre de responsabilisation conforme aux principes de bonne gouvernance, associé d'indicateurs du rendement, de sorte que l'Agence soit tenue de répondre de l'exécution efficace et efficiente de son mandat.

Les autres mécanismes de responsabilisation que le Groupe de travail préconise sont la production annuelle d'un plan de rendement pour l'Agence et sa remise au MSSLD, suivie de la production et remise d'un compte rendu des résultats atteints, de même que des examens externes périodiques visant à analyser et évaluer le rendement de l'Agence.

3.1.a.iii *Transparence*

Il est indispensable que l'Agence dispose de systèmes et de structures garantissant la transparence de toutes les activités de l'Agence, y compris au niveau de l'application et du respect des politiques internes. Les intervenants, le gouvernement et le public devraient pouvoir s'assurer, au vu de rapports réguliers, que l'Agence répond de ses activités et de l'exécution de son mandat et qu'elle utilise ses ressources à bon escient. Il est par ailleurs de la plus haute importance que les données scientifiques sur lesquelles se basent les recommandations et les rapports de l'Agence aient été évaluées sans précipitation ni entrave par des collègues des spécialistes qui ont fait la recherche d'où ces données sont tirées.

3.1.a.iv *Légitimité*

Le Groupe de travail a discuté de la meilleure façon de constituer l'Agence en envisageant plusieurs solutions possibles, parmi lesquelles les suivantes :

- l'adoption d'une loi constitutive;
- l'adoption d'un règlement pris en application de la *Loi sur les sociétés de développement*[11];
- la conclusion d'un contrat d'affiliation.

Vu l'importance de la légitimité et de la pérennité de l'Agence, le Groupe de travail recommande vivement que celle-ci soit constituée par voie législative, et que sa loi constitutive soit adoptée le plus rapidement possible. Cette loi devrait, entre autres, prévoir le droit de l'Agence, d'une part, de disposer de fonds de tiers et, d'autre part, d'agir comme « dépositaire de renseignements sur la santé » au sens de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*[12]; et conférer au médecin hygiéniste en chef le pouvoir de diriger l'Agence ou de lui déléguer certains pouvoirs, selon les besoins. Le Groupe de travail fournira d'autres détails sur les dispositions que devrait inclure la loi constitutive de l'Agence dans la deuxième partie de son rapport. Par ailleurs, la relation entre le gouvernement provincial et l'Agence devrait être explicitée moyennant un ou plusieurs protocoles d'entente, afin de clarifier plus encore la délimitation de leurs rôles respectifs et de renforcer la responsabilisation de l'Agence.

3.1.b Conseil d'administration

Le conseil de l'Agence sera responsable de son administration générale. Il établira l'orientation stratégique de l'Agence et il approuvera ses plans stratégiques, établis en harmonie avec les priorités du MSSLD et en consultation avec les intervenants sur le terrain. De plus, le conseil surveillera l'efficacité administrative de l'Agence et jouera un rôle déterminant dans la sélection et l'embauchage de la personne qui occupera le poste de chef de la direction. Le Groupe de travail recommande que l'Agence soit responsable envers le MSSLD par l'intermédiaire du président ou de la présidente de son conseil, qui rendra des comptes directement au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Groupe de travail recommande de plus que la sélection des membres du conseil se fasse suivant un processus transparent et impartial. Une façon de garantir sa transparence serait d'établir un comité de recrutement ou de gouvernance, soit sous forme de comité ponctuel ou de comité permanent du conseil. Ce comité pourrait inviter les personnes intéressées à présenter leur candidature dans le cadre d'une recherche ouverte faisant appel à des moyens tels que la publication d'annonces dans les quotidiens et les revues spécialisées, la sollicitation de candidatures spontanées ou de renvois par des pairs, ou encore le recours à un cabinet de recrutement. L'évaluation des candidates et des candidats se ferait ensuite selon des critères clairement définis, dont le public pourrait avoir connaissance. Une liste de personnes présélectionnées serait finalement présentée au ministre pour approbation. Enfin, conformément aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires, le Groupe de travail recommande de décaler l'expiration du mandat des membres de conseil, afin d'éviter le remplacement simultané de tous les membres du conseil et d'assurer au contraire une certaine continuité à ce niveau.

Le conseil devrait être de taille assez limitée (de sept à treize membres, y compris son président ou sa présidente) et ses membres devraient posséder un éventail de compétences assez variées, par exemple, dans les domaines du droit, des finances, des affaires, des sciences et de la technique, des communications et du transfert des connaissances. Le conseil devrait aussi pouvoir compter parmi ses membres quelqu'un qui possède une expertise en santé publique et quelqu'un qui représente le public. Il y aurait lieu d'envisager l'inclusion parmi ses membres de personnes représentant d'autres organismes de santé publique, canadiens ou étrangers. Le Groupe de travail reviendra plus en détail sur la sélection des membres du conseil et sur les compétences que ces membres devraient posséder dans la deuxième partie de son rapport.

Le Groupe de travail insiste sur l'importance d'établir le conseil de façon progressive, en commençant par élaborer et formuler la structure du conseil, mais en ne nommant dans un premier temps qu'un nombre limité de membres au conseil lors du démarrage de l'Agence. L'idée serait d'établir un conseil fondateur formé de membres qui possèdent l'expérience et le savoir-faire nécessaires pour voir à la bonne mise en fonctionnement de l'Agence et qui pourraient continuer de siéger au conseil une fois que l'Agence sera opérationnelle, de sorte à assurer dès le début la stabilité et la continuité du conseil et de son leadership.

Le Groupe de travail recommande vivement que les premières mesures soient prises sans tarder pour constituer le conseil fondateur de l'Agence d'ici le début de 2006, afin de contribuer à la mise en fonctionnement de l'Agence en temps voulu et de satisfaire à l'engagement pris par le gouvernement dans le rapport *Opération Protection de la santé*.

Comités permanents du conseil

La structure de gouvernance préconisée par le Groupe de travail prévoit la création de plusieurs comités permanents du conseil d'administration de l'Agence. Ces comités devraient à tout le moins inclure un comité de planification stratégique, un comité consultatif scientifique et un comité de vérification. Ces comités permanents devraient etre composés d'une majorité de personnes ne siégeant pas au conseil.

- **Comité de planification stratégique**
  Ce comité aurait pour rôle de fournir des conseils au sujet de l'orientation stratégique de l'Agence, et notamment de recommander un plan stratégique au conseil. Ses membres devraient inclure des représentantes ou représentants clefs du MSSLD, et *notamment le médecin hygiéniste en chef,* de même que des personnes représentant la clientèle de l'Agence. L'appartenance du médecin hygiéniste en chef à ce comité garantira que le plan stratégique de l'Agence reflète les priorités du MSSLD. Le comité devrait aussi inclure une représentation régionale appropriée.

- **Comité consultatif scientifique**
  Ce comité aurait pour rôle de fournir des conseils scientifiques et techniques au conseil. Ses membres devraient inclure des spécialistes du secteur clinique, du secteur universitaire et du domaine de la santé publique et pourraient être recrutés aux quatre coins de la province ou du Canada, voire même, s'il y a lieu, à l'étranger.

- **Comité de vérification**
  Ce comité aurait pour rôle de garantir la responsabilité financière de l'Agence. Conformément aux principes de bonne gouvernance, les vérificatrices et vérificateurs internes et externes de l'Agence devraient directement rendre des comptes à ce comité. Les membres de ce comité devraient être indépendants de la direction de l'Agence et posséder des compétences non seulement en gestion financière, mais en gestion des risques financiers.

3.1.c Chef de la direction

Le ou la chef de la direction relèvera du conseil d'administration et sera responsable de la gestion et du rendement de l'Agence, de même que de la mise en œuvre de son plan stratégique et de l'exécution des plans ou des accords en matière de rendement. Cette personne sera par ailleurs responsable des activités au jour le jour de l'Agence et déterminera l'orientation scientifique de ses activités. Le conseil devrait se charger de sélectionner et d'embaucher cette personne, en veillant à utiliser pour ce faire des processus parfaitement transparents.

Le Groupe de travail s'est penché sur la question de savoir s'il serait préférable que le ou la chef de la direction soit une ou un scientiste ou encore une clinicienne ou un clinicien ou autre membre d'une profession de la santé, et si le leadership médical de l'Agence devrait ou non faire partie du rôle de cette personne. Il est convaincu que le ou la chef de la direction de l'Agence devrait posséder des compétences en leadership dans le domaine scientifique comme dans le domaine de la santé publique.

Vu que le ou la chef de la direction de l'Agence aura au départ pour tâche de superviser la mise en place de la structure de celle-ci, il ou elle devrait être en mesure de faciliter le recrutement de personnes qualifiées, capables de favoriser des partenariats avec le milieu universitaire, et surtout, prêtes à se faire dès le départ les champions de l'Agence. La sélection du chef ou de la chef de la direction devrait se faire suivant un processus transparent. Le Groupe de travail reviendra plus en détail sur le recrutement du chef ou de la chef de la direction dans la deuxième partie de son rapport.

3.1.d Médecin hygiéniste en chef

Le rôle du médecin hygiéniste en chef doit être de veiller à l'harmonisation entre, d'une part, les priorités de l'Agence et, de l'autre, les objectifs et les attentes du gouvernement. Entre autres choses, le médecin hygiéniste en chef devrait participer directement au processus de planification stratégique de l'Agence en siégeant au comité permanent de planification stratégique du conseil. Il devrait aussi participer directement à l'élaboration d'un plan de rendement ou d'un accord de rendement entre le gouvernement et l'Agence conforme au plan stratégique de celle-ci. Enfin, le ministre pourrait aussi déléguer au médecin hygiéniste en chef le pouvoir de conclure des « contrats » avec l'Agence dans le cadre d'un tel plan ou accord de rendement au moment du processus de budgétisation annuel.

Le Groupe de travail estime toutefois que le médecin hygiéniste en chef ne devrait pas siéger au conseil de l'Agence, et ce pour les raisons suivantes :

- en tant que fonctionnaire, le médecin hygiéniste en chef est tenu d'agir au mieux des intérêts du gouvernement, ce qui pourrait, à l'occasion, être contraire au devoir fiducial des membres du conseil, qui est d'agir au mieux des intérêts de l'Agence. Il pourrait par exemple arriver que les membres du conseil se trouvent en position de devoir contester une directive financière du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, ce qui placerait manifestement le médecin hygiéniste en chef en situation de conflit d'intérêts, vu qu'il est aussi sous-ministre adjoint;

- le médecin hygiéniste en chef est le sous-ministre adjoint qui sera responsable de décisions susceptibles d'avoir des

retombées sur le financement de l'Agence par le MSSLD et de ce fait, il occupera une position de pouvoir, présumé ou réel, qui risque de jouer sur le processus de prise de décisions du conseil, et donc sur l'indépendance de celui-ci.

Le Groupe de travail recommande toutefois vivement que le médecin hygiéniste en chef participe régulièrement aux réunions du conseil à titre d'observateur.

Le médecin hygiéniste en chef devrait par ailleurs être habilité, par voie législative, à mobiliser les ressources de l'Agence pour produire ou assumer la responsabilité de la production des rapports requis, le cas échéant, pour faire face à des problèmes urgents, prioritaires ou émergents. De plus, la qualité des relations de travail entre la direction générale de l'Agence (y compris le ou la chef de la direction), le médecin hygiéniste en chef et la Division de la santé publique est primordiale. L'Agence devra aussi collaborer efficacement avec le reste du personnel du MSSLD et des autres ministères provinciaux. Un dialogue régulier et d'autres formes de communication entre le gouvernement et l'Agence sont deux facteurs de réussite essentiels selon l'expérience du BCCDC et de l'INSPQ.

3.1.e Ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Le ministre serait responsable devant l'Assemblée législative des activités de l'Agence, tel que prévu dans la loi constitutive de celle-ci. Il lui appartiendrait par ailleurs de décider de l'orientation générale de l'Agence.

3.2 Mandat, vision, mission, valeurs et philosophie

L'énoncé du mandat, de la vision, de la mission, des valeurs et de la philosophie de l'Agence est essentiel à l'établissement des fondements de celle-ci, de son orientation et de la façon dont elle sera perçue. Les analyses de l'environnement, les leçons tirées de ce qui se fait ailleurs qu'en Ontario, la consultation des intervenants et d'autres discussions à caractère officiel ou officieux ont contribué à l'élaboration des principes qui sont présentés ci-après et qui constituent de solides bases sur lesquelles le Groupe de travail s'est appuyé et s'appuie au moment de formuler des recommandations concernant l'Agence. Comme c'est le cas pour tout organisme évolutif, il est entendu que la vision, la mission et les valeurs de l'Agence seront sujets à révision, afin que celle-ci puisse rester sensible aux innovations et aux nouvelles exigences, voire les anticiper : c'est pourquoi le Groupe de travail recommande qu'elles soient revues à son lancement et de façon périodique par la suite, au besoin.

3.2.a Mandat

Le Groupe de travail recommande d'attribuer à l'Agence le mandat énoncé à son égard dans le rapport *Opération Protection de la santé*, à savoir :

> Fournir des conseils scientifiques et techniques aux personnes qui œuvrent en faveur de la protection et de la promotion de la santé des Ontariennes et des Ontariens.

3.2.b Vision

La vision, telle qu'énoncée ci-après, résume l'aspiration générale de l'Agence, qu'elle cherchera à réaliser par son fonctionnement au jour le jour :

> Devenir un centre d'expertise de renommée internationale, voué à promouvoir et à protéger la santé de l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens moyennant l'application et l'avancement de la science et du savoir.

3.2.c Mission

L'énoncé de la mission de l'Agence résume ce que celle-ci cherchera à accomplir sur le plan fonctionnel :

> Assumer comme responsabilité d'aider les fournisseurs de soins de santé, le système de santé publique et le gouvernement à prendre tant des décisions éclairées que des mesures réfléchies pour améliorer la santé et la sécurité de la population de l'Ontario en leur fournissant, de façon transparente et opportune, des conseils scientifiques crédibles et des outils pratiques.

3.2.d Valeurs

Le Groupe de travail propose que les activités de l'Agence reposent sur une série de valeurs, telles que décrites ci-après, qui reflètent son mandat, sa vision et sa mission.

Accessibilité

L'Agence répondra aux besoins de sa clientèle à tous les niveaux du continuum des services de santé en lui fournissant en temps utile des services d'analyse et d'autres formes de soutien, grâce à des activités de consultation, de formation et de recherche appliquée (y compris l'interprétation de ses résultats).

L'Agence disposera, tant à l'interne que par le biais de partenariats, d'une capacité d'intervention sur le terrain qui lui permettra d'appuyer et de compléter celle des systèmes de santé locaux et du système de santé provincial.

Pertinence

L'Agence utilisera les résultats de la recherche pour formuler des conseils concrets et créer des outils pouvant servir à l'élaboration ou à l'exécution des programmes, politiques et

pratiques fondés sur des données probantes dans le domaine de la santé publique.

L'Agence établira ses priorités en consultation étroite avec les fournisseurs de soins de santé, les responsables du système de santé publique et des représentantes et représentants du gouvernement, afin de veiller à ce que ses services continuent de répondre aux besoins actuels et émergents.

Crédibilité

L'Agence tiendra compte des meilleures données scientifiques et autres données probantes disponibles, afin de toujours pouvoir offrir de l'information et des services de la plus haute qualité, et ce de façon indépendante et impartiale.

Collaboration

L'Agence forgera des partenariats et tirera profit de la meilleure expertise qui soit à l'échelle provinciale, nationale et internationale.

L'Agence disposera d'un personnel multidisciplinaire, dont les membres se respecteront, s'entraideront et contribueront à promouvoir mutuellement leur créativité, leur expertise et leur bien-être.

Innovation

L'Agence sera un chef de file en matière de production et de partage des connaissances en Ontario et ailleurs.

L'Agence assumera un rôle de leadership en anticipant les menaces susceptibles de peser sur la santé des Ontariennes et des Ontariens et en se montrant proactive pour ce qui est de saisir les possibilités d'améliorer la santé de la population et de réagir aux menaces s'y rapportant.

3.2.e Principes directeurs

Le Groupe de travail a longuement réfléchi aux principes sur lesquels l'Agence est censée s'aligner et s'appuyer dans le cadre de l'exécution de son mandat. Les activités de l'Agence seront non pas redondantes, mais proactives et pertinentes : elles prendront appui sur l'expertise et la capacité d'intervention existantes en Ontario et les compléteront. L'Agence adoptera une philosophie axée sur la santé de la population, autrement dit visant l'amélioration de la santé de l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens, quel que soit leur âge, ainsi que la réduction des inégalités au niveau de l'état de santé en fonction de l'appartenance à tel ou tel sous-groupe démographique. L'Agence reconnaît que de nombreux facteurs peuvent contribuer à des inégalités en matière de santé, y compris des facteurs socio-économiques. Or, la population ontarienne, qui inclut entre autres des populations autochtones et francophones, est très diversifiée, notamment sur le plan démographique et culturel, ce dont l'Agence tiendra compte.

3.3 Rôles et responsabilités du MSSLD par rapport à l'Agence

La délimitation bien claire des rôles de l'Agence et du gouvernement est indispensable si l'on veut éviter toute confusion et garantir à la fois leur complémentarité et leur responsabilisation quant à l'exécution de leurs fonctions respectives. Il est par ailleurs impératif de veiller à ce que la Division de la santé publique du MSSLD conserve suffisamment de ressources et de capacités afin de pouvoir disposer des compétences requises pour recevoir, intégrer et utiliser les conseils et le soutien fournis par l'Agence. Il ressort des discussions avec le BCCDC et l'INSPQ qu'une interaction fonctionnelle et efficace au jour le jour entre l'Agence et le MSSLD, de même que la présence de personnes qualifiées au sein du MSSLD pour recevoir l'information fournie par l'Agence, sont essentielles.

Le Groupe de travail préconise la répartition ci-après des rôles et des responsabilités entre le MSSLD et l'Agence.

3.3.a Politiques

Le MSSLD restera l'ultime arbitre des politiques, à l'élaboration desquelles l'Agence contribuera en lui donnant des conseils scientifiques et techniques.

3.3.b Responsabilisation

Le MSSLD restera principalement responsable des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*[13] et de leur mise en application. L'Agence aidera le MSSLD à faire respecter les normes, tout comme elle aidera les intervenants sur le terrain à s'y conformer, et ce grâce à la mise au point de pratiques exemplaires, de modèles et d'outils. De plus, l'Agence contribuera à la révision et à la mise à jour des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, et ce par la fourniture de conseils scientifiques et techniques.

3.3.c Planification, évaluation et formation des ressources humaines en santé publique

Le MSSLD conservera la responsabilité générale des stratégies relatives aux ressources humaines dans le secteur de la santé publique. L'Agence jouera plusieurs rôles clefs à cet égard, y compris les suivants :

- assumer un rôle de premier plan pour ce qui est de repérer les lacunes au niveau de la formation des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé publique, d'en rendre compte et de concevoir des solutions novatrices pour y remédier;
- agir comme lieu de perfectionnement des compétences pour les professionnels de la santé publique, les scientifiques et les chercheuses ou chercheurs.

3.3.d Gestion des urgences

Rien ne sera changé à la répartition des responsabilités en matière de gestion des urgences entre les divers ministères ontariens compétents, y compris le MSSLD. L'Agence contribuera à renforcer les capacités de gestion des urgences existantes en offrant des conseils techniques et scientifiques au gouvernement avant, pendant et après une situation d'urgence ayant des retombées sur la santé. De plus, la dotation et la structure de l'Agence tiendra compte de la nécessité de veiller à ce qu'elle puisse rapidement offrir des services de soutien aux intervenants sur le terrain, voire y intervenir elle-même en un rien de temps, et à grand renfort s'il le faut (voir une discussion plus détaillée au paragraphe 3.4). Il s'agirait d'adopter des dispositions législatives conférant à l'Agence comme au gouvernement des pouvoirs adéquats pour s'acquitter de leurs rôles respectifs concernant la gestion des urgences.

3.3.e Communications

Le MSSLD restera principalement responsable des communications avec les professionnels de la santé, le public et les médias sur tout ce qui touche la santé en général. L'Agence jouera un rôle au niveau de la communication des risques et assumera d'autres responsabilités en matière de communications au besoin, à la demande du MSSLD, par exemple en cas d'urgence. L'Agence exécutera quantité d'activités pour le compte de sa clientèle en ayant recours à une variété de supports et de voies de communication, mais elle n'aura aucune responsabilité en matière de communication directe avec le public.

3.3.f Relations avec les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les centres de santé communautaire

Le MSSLD restera principalement responsable du financement des bureaux de santé publique et des établissements de santé, de même que des exigences auxquelles ceux-ci doivent satisfaire pour rendre compte de ce financement. Le rôle de l'Agence par rapport aux bureaux de santé publique, aux hôpitaux, aux établissements de soins de longue durée et aux centres de santé communautaire sera axé sur la fourniture d'un soutien et de conseils techniques et scientifiques spécialisés, y compris en matière d'intervention rapide et massive ou de formation, la synthèse des pratiques exemplaires, et enfin l'élaboration de lignes directrices et d'outils pratiques.

3.3.g Relations avec le gouvernement fédéral et d'autres organismes

Le MSSLD restera principalement responsable des relations directes avec Santé Canada et l'ASPC par l'intermédiaire des processus fédéraux-provinciaux-territoriaux existants. Il pourra, s'il le juge utile, déléguer ses responsabilités relatives à une activité fédérale-provinciale-territoriale donnée à l'Agence. L'Agence assurera la liaison et entretiendra des relations suivies avec plusieurs organismes provinciaux et fédéraux, tels que l'ASPC, Santé Canada, Environnement Canada, le BCCDC et l'INSPQ, voire avec des organismes étrangers ou internationaux. De plus, l'Agence se prêtera à merveille à l'hébergement du Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique de l'ASPC, présentement situé au sein du MSSLD.

3.4 Champ d'activité, fonctions et clientèle

Selon le Groupe de travail, les activités de l'Agence consisteront en une série de **fonctions** spécifiques dont celle-ci s'acquittera dans plusieurs **domaines** pour le compte de sa **clientèle**. Ces trois variables interreliées sont illustrées par la figure 2 à la page 28.

La délimitation soigneuse des domaines dont l'Agence s'occupera et des fonctions qu'elle assurera est vitale à sa réussite. C'est pourquoi le Groupe de travail y a longuement réfléchi, en tenant compte des recommandations formulées dans le rapport Walker et des engagements énoncés dans le rapport *Opération Protection de la santé*. Par ailleurs, les domaines et les fonctions proposés ont été validés grâce à des discussions avec des responsables et des spécialistes externes à l'Ontario, de même que lors de tables rondes organisées avec des intervenants sur le terrain. Il importe de définir ce que l'Agence fera ou ne fera pas, en prenant garde à ne pas reproduire inutilement des capacités existantes. Dans chacun des domaines ou dans l'exécution de chacune des fonctions décrites un peu plus loin, l'Agence fera d'importantes contributions aux activités du gouvernement et des intervenants sur le terrain en facilitant :

- *l'uniformité de la science* : l'Agence pourra servir de point d'accès unique à l'expertise où divers intervenants et ministères pourront obtenir de l'information et des données scientifiques factuelles. Ceci résultera en l'établissement de liens et d'une intégration horizontale au niveau scientifique et technique entre des acteurs jusqu'ici cloisonnés, en ce sens que les ministères de la Santé et des Soins de longue durée, de l'Environnement, de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales ou encore des Richesses naturelles pourront par exemple accéder à une base commune de données scientifiques dont ils pourront se servir à leurs fins respectives.
- *l'uniformité du langage* : l'Agence transformera les données scientifiques en information claire et en outils pratiques, offrant ainsi à divers acteurs du secteur de la santé, tels que les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les

FIGURE 2 **Champ d'activité, fonctions et clients de l'Agence**

établissements de soins de longue durée et les fournisseurs de soins de santé communautaire, une interprétation commune de la science, en utilisant des définitions uniformes;

- *l'uniformité des pratiques :* l'Agence renforcera les communautés de praticiennes et de praticiens et favorisera leur multiplication en appuyant la collaboration, l'échange d'information et la mise en commun des pratiques exemplaires.

3.4.a Fonctions

Les fonctions représentent le « comment » des activités de l'Agence, autrement dit, les types de services qu'elle fournira à sa clientèle dans les divers domaines abordés plus haut. Le Groupe de travail recommande que les fonctions ci-après soient graduellement confiées à l'Agence et exécutées par celle-ci :

FONCTIONS

3.4.a.i *Surveillance et épidémiologie*

L'Agence ne pourra aider sa clientèle dans les divers domaines qui forment son champ d'activité avec des données de surveillance de qualité qu'à condition de disposer de services d'épidémiologie coordonnés et centralisés. L'Agence doit être en mesure d'exécuter des activités de surveillance provinciales, avec efficience et fiabilité technique, que ce soit de façon continue ou encore de façon ponctuelle et ciblée.

La collecte, l'analyse et la dissémination de données complètes et aisément comparables contribuera à des interventions plus réfléchies sur le terrain, au repérage des tendances et des menaces émergentes, de même qu'à l'établissement d'objectifs pour le système de santé publique ontarien.

L'épidémiologie est l'étude de la fréquence et du mode de distribution des états de santé et des maladies au sein de la population, de même que l'application de cette étude pour enrayer les problèmes de santé[11].

La surveillance de la santé consiste à prédire et à suivre les déterminants et les événements ayant un effet sur la santé, et ce grâce à la collecte continue de données de la plus haute qualité, à l'intégration, à l'analyse et à l'interprétation de ces données pour en tirer des produits de surveillance (rapports, avis ou avertissements), et à la dissémination de ces produits aux personnes qu'il y a lieu de tenir au courant des déterminants ou événements en question[11].

La mise en place d'une infrastructure centralisée pour la collecte, l'analyse et la distribution en retour de données et d'autres renseignements aux intervenants sur le terrain appuiera et complètera la fonction d'échange de connaissances de l'Agence.

L'Agence établira par ailleurs un mécanisme pour appuyer et, s'il y a lieu, consolider les activités de surveillance présentement menées ou encadrées par les bureaux de santé publique ou d'autres organismes. L'Agence devrait aussi prendre les devants pour améliorer et connecter les réseaux de surveillance de la santé humaine et animale existants et en créer d'autres, grâce à la coordination des points de contact intersectoriels et à la liaison des bases de données, ce qui améliorera la mise en commun de l'information.

L'Agence pourrait par ailleurs assumer un rôle de leadership en ce qui concerne l'établissement des priorités en matière de surveillance, par exemple sur le plan de la surveillance syndromique[c] et de la diffusion d'alertes en temps réel. Les tables rondes organisées par le Groupe de travail lui ont permis de conclure que la forme que prendra la surveillance aura des retombées directes sur ses priorités et sur sa prise de décisions.

Le Groupe de travail est conscient de l'insuffisance actuelle des moyens consacrés à l'épidémiologie en Ontario et il appelle avec insistance à y remédier en veillant à ce que l'Agence puisse accéder à une masse critique d'expertise en épidémiologie, tant à l'interne que sur le terrain. La meilleure façon de procéder à cet égard serait d'analyser les lacunes, puis de dresser l'inventaire tant des compétences en épidémiologie que des types de surveillance et de données nécessaires pour offrir des conseils et d'autres formes de soutien à l'ensemble des intervenants du système de santé. L'analyse de ces lacunes pourrait être l'une des première tâches à laquelle s'attellera l'Agence. Les capacités de surveillance et autres en épidémiologie ne seront pas supplantées par l'Agence, mais plutôt renforcées ou complétées, afin de garantir leur cohésion et leur collaboration par des moyens tels que la mise au point d'indicateurs et de mesures de rendement normalisés.

La mise en place d'un noyau d'expertise en épidémiologie au sein de l'Agence lui permettra de recueillir des données sur les maladies et les facteurs de risque, de même que de procéder à des types de surveillance à l'égard desquels il n'existe pas de mandat ni d'infrastructure spécifique, par exemple la surveillance des maladies infectieuses qui ne sont pas soumises à déclaration, notamment celles qui sont véhiculées par des organismes résistant aux antibiotiques ou qui se propagent dans les établissements de santé, la surveillance des facteurs de risque liés aux maladies chroniques, la surveillance de la santé animale ou encore la surveillance de certaines anomalies congénitales. Elle permettra aussi de recueillir des données de qualité susceptibles de faciliter l'évaluation du fardeau que certaines maladies représentent pour l'économie ontarienne, l'analyse de l'impact de certains facteurs de risque sur la fréquence des maladies, ainsi que la mise en œuvre ou l'appui de travaux de recherche et de programmes utiles.

En plus des ressources humaines et des compétences à prévoir pour doter l'Agence de solides capacités en matière d'épidémiologie et de surveillance, il s'agit de mettre en place l'infrastructure technologique qui permettra à l'Agence, au gouvernement, au milieu universitaire, aux services de laboratoire et à d'autres intervenants sur le terrain d'échanger de l'information de façon continue et d'accéder à des bases de données communes, dans le respect de la vie privée des personnes auxquelles les données se rapportent. Ainsi, l'Agence serait mieux à même de faciliter l'accès à l'analyse et à l'interprétation des données par le biais de mécanismes normalisés, tels que des outils d'accès aux ressources en ligne répondant à des normes spécifiques. Les personnes ayant participé aux tables rondes ont souligné la nécessité de faire le rapprochement entre les données de surveillance et ce qui se passe sur le terrain, afin de pouvoir mieux mesurer le rapport coût-efficacité et les résultats des interventions, comme par exemple les campagnes d'immunisation, ce qu'une bonne infrastructure de l'information liée à l'Agence permettrait d'accomplir.

Les bénéficiaires du renforcement des capacités en épidémiologie et des capacités de surveillance qu'entraînera la création de l'Agence sont légion : ce sont le gouvernement, qui aura accès à des données de qualité sur lesquelles baser ses nouvelles politiques; les intervenants sur le terrain, qui auront accès à des données uniformes, crédibles et fiables; le milieu de la recherche et le milieu universitaire, qui auront accès à une source centralisée et normalisée de données de surveillance; et enfin, les membres du public, dont la santé sera mieux protégée en conséquence.

3.4.a.ii Recherche

L'Ontario a la chance de disposer d'importants moyens de recherche et d'une riche expertise dans le domaine de la santé publique. Le Groupe de travail estime que l'Agence pourrait servir à harmoniser la recherche et à en favoriser l'excellence en collaborant avec des partenaires à la mise sur pied d'un groupement provincial de recherche qui devrait attirer des spécialistes et avoir un effet multiplicateur sur le financement de la recherche.

Le Groupe de travail se range au point de vue du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances pour dire que la fonction de recherche de l'Agence devrait être étroitement liée à des efforts d'échange des connaissances.

[c] *L'expression « surveillance syndromique » désigne la surveillance basée sur des données sanitaires recueillies avant un diagnostic qui indiquent la probabilité suffisante d'une maladie ou d'une épidémie pour justifier une intervention plus poussée relative à la santé publique (CDC, Division of Public Health Surveillance and Informatics).*

Cette idée a également été avancée lors des tables rondes, dont les participantes et participants ont estimé que les rôles clefs de l'Agence en matière de recherche devraient être l'intégration de la recherche, des politiques et des pratiques à travers tous les secteurs du système de santé et à l'échelle de ce dernier, de même que l'optimisation des capacités de recherche appliquée en santé publique. Le Groupe de travail considère que ces activités devraient s'inscrire dans un contexte d'amélioration continue de la qualité, ce qui suppose l'analyse et l'interprétation des retombées de la recherche, de même que des efforts d'échange des connaissances.

Grâce à ses partenariats, entre autres avec les bureaux de santé publique et le milieu universitaire (y compris les centres hospitaliers universitaires et des spécialistes en médecine vétérinaire), l'Agence pourrait servir de plate-forme centrale pour la mise en place d'une infrastructure provinciale de recherche en santé publique et améliorer le leadership, la cohérence et la pertinence de cette recherche. Vu le mandat des cinq volets actuels du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) en matière de recherche en santé publique, de synthèse des connaissances, d'éducation, ou encore de dissémination de l'information, l'Agence aurait intérêt à forger des partenariats stratégiques avec les organismes qui participent au programme REDSP. Elle pourrait par exemple faciliter la mise en place d'un processus d'établissement et de focalisation des priorités en matière de recherche, ou encore aider à combler les lacunes de la recherche, à l'échelle provinciale comme à l'échelle nationale. L'Agence pourra ainsi veiller à ce que la recherche réponde bien aux questions et aux besoins touchant la santé publique en Ontario.

L'Agence devrait également mener et faciliter des travaux de recherche en santé publique axés sur les résultats, et pour cela :

- mettre l'accent sur la recherche appliquée pouvant servir à l'établissement des politiques de la santé et les pratiques sur le terrain, y compris des évaluations minutieuses des interventions en santé publique, de la recherche sur l'efficacité des échanges de connaissances et de la recherche pour appuyer la planification des ressources humaines consacrées à la santé publique;
- veiller à la souplesse de l'infrastructure de recherche, grâce à la constitution d'une « réserve de capacité » dans laquelle il serait possible de puiser pour faire face à des situations d'urgence;
- renforcer les capacités de recherche et consolider les liens avec les fournisseurs de soins de santé, les professionnels de la santé publique et les responsables des politiques, en offrant aux étudiantes et étudiants de troisième cycle comme au personnel sur le terrain des possibilités de mentorat de leurs travaux de recherche ou des occasions de perfectionnement;
- optimiser l'utilisation des ressources limitées disponibles et faire preuve de responsabilité.

Malgré les relations étroites que l'Agence entretiendrait manifestement avec des organismes qui financent la recherche, le Groupe de travail juge préférable qu'elle ne soit pas elle-même en position de financer des travaux menés à l'initiative de chercheuses ou de chercheurs externes.

3.4.a.iii *Échange de connaissances*

L'accès à une base de données et de connaissances constante et cohérente est indispensable si l'on veut que la planification puisse répondre à des besoins précis et permettre d'atteindre des objectifs spécifiques. L'Agence aura entre autres rôles clefs en matière d'échange de connaissances ceux de sensibiliser le public aux principaux problèmes de santé, ainsi que de rehausser la visibilité et la crédibilité de l'Agence.

La production et la synthèse de connaissances vont bon train en Ontario, mais elles ont souvent lieu de façon décousue, ce qui entraîne parfois des redoublements d'efforts alors même que de nombreuses lacunes restent à combler. En sa qualité de « courtier » des connaissances, l'Agence facilitera l'accès aux meilleures données probantes disponibles, et ce de façon rapide et pertinente, en tenant compte du savoir et des autres particularités locales.

L'Agence jouera un rôle aussi bien dans la production de connaissances axées sur la prise de mesures concrètes, découlant d'activités de surveillance et de recherche appliquée, que dans la synthèse et l'interprétation des connaissances existantes grâce à des processus tels que des analyses documentaires systématiques, la constitution de comités consultatifs de spécialistes, ou encore l'élaboration de pratiques exemplaires, de lignes directrices et de protocoles d'entente. Les participantes et participants aux tables rondes ont exprimé l'avis que l'Agence aurait tout intérêt à cerner le plus rapidement possible les pratiques exemplaires, de même qu'à élaborer des lignes directrices ou encore des protocoles qui pourront être adaptés aux besoins locaux.

L'Agence jouera un rôle d'intégration en vue de fournir aux intervenants sur le terrain comme au gouvernement des connaissances cohérentes, factuelles et crédibles. Grâce aux compétences appropriées dont elle disposera à l'interne et à la collaboration avec ses partenaires, l'Agence sera en mesure de transformer des données techniques et scientifiques (notamment les données issues de la recherche) en outils adaptés aux besoins de sa clientèle variée.

L'efficacité des activités d'échange des connaissances suppose l'existence d'une solide infrastructure de technologie de

l'information, de même que d'un renfort de capacités de communications. L'Agence devra pouvoir compter sur des données de surveillance de qualité, une technologie appropriée, de l'information à jour en provenance des quatre coins du monde, de même que sur de solides relations provinciales, nationales et internationales. Elle devrait pouvoir faciliter l'obtention et l'intégration d'éléments d'information et de preuve par des moyens de communication tant matériels que virtuels, de même qu'à mettre au point autant que faire se peut des méthodologies ciblées à cette fin.

3.4.a.iv *Services spécialisés de diagnostic en laboratoire*

Le système ontarien de laboratoires de santé publique fait présentement l'objet d'un examen complet dont les résultats serviront à arrêter le rôle que l'Agence jouera par rapport aux services de diagnostic en laboratoire. En attendant les recommandations qui découleront de cet examen, le Groupe de travail estime d'ores et déjà que l'Agence devrait clairement pouvoir disposer à l'interne de services de laboratoire assurant des fonctions qui ne sont en l'état actuel des choses que partiellement assurées au sein du système de santé publique existant. De plus, le Groupe de travail recommande que les services de diagnostic en laboratoire de l'Agence :

- soient situés au sein de l'Agence même;
- soient appuyés par un système provincial détaillé de gestion de l'information des laboratoires, qui relierait le système de laboratoires et les intervenants sur le terrain grâce à sa capacité de fournir des données en temps réel et de produire des rapports de façon automatique (cette recommandation urgente a aussi été exprimée par les participantes et participants aux tables rondes);
- assurent des fonctions spécialisées, telles que la fourniture de diagnostics de confirmation et de diagnostics moléculaires, ou encore des services améliorés de surveillance des maladies;
- multiplient les capacités de recherche et offrent des possibilités de partenariats accrues.

La configuration définitive des fonctions de l'Agence en matière de services de diagnostic en laboratoire sera présentée ultérieurement, dans le rapport final du Groupe de travail, en tenant compte des recommandations issues de l'examen des laboratoires de santé publique.

Le Groupe de travail est fermement convaincu que la proximité des services de diagnostic et de l'expertise en matière de services cliniques, de recherche et de santé publique est indispensable au respect des valeurs de réactivité, de pertinence et d'innovation. Les fonctions de recherche, d'échange de connaissances et de surveillance ne peuvent guère être exécutées de façon efficace faute de pouvoir accéder ou se référer à des données de laboratoire. L'Agence contribuera à la constitution d'une masse critique d'expertise en services de laboratoire grâce à des activités de réseautage, à des partenariats et à un regroupement de possibilités d'innovation. Ceci aura pour effet de renforcer la capacité de l'Ontario à réagir à des événements imprévus et de faire de l'Ontario un chef de file sur le plan de l'innovation dans les services diagnostiques.

3.4.a.v *Perfectionnement professionnel*

Le Groupe de travail voit le perfectionnement professionnel comme étant une fonction polyvalente de l'Agence, qui pourra offrir aux professionnels de la santé et autres fournisseurs connexes des services de soutien pour leurs activités de formation en matière de surveillance et d'épidémiologie, de recherche appliquée, d'échange de connaissances, de services de diagnostic en laboratoire et de communications. L'Agence n'assumera toutefois pas véritablement le rôle d'un établissement d'enseignement ou de formation, pas plus que ses services d'aide au perfectionnement ne chercheront à supplanter les programmes de formation dans le domaine de la santé offerts par les universités ou d'autres établissements. Elle offrira simplement des possibilités de perfectionnement sous forme d'ateliers, de stages ou autres aux professionnels de la santé de première ligne.

3.4.a.vi *Communications*

Les communications sont indispensables à l'exécution des rôles de l'Agence en matière de consultations, de collaboration et de leadership, tout comme, bien entendu, à l'échange de connaissances. Les communications doivent toutefois pouvoir prendre appui sur des connaissances factuelles et sur leur interprétation. C'est pourquoi les communications et l'échange de connaissances sont essentiellement inséparables. Pour s'acquitter de ses responsabilités sur le plan de l'échange de connaissances, l'Agence aura besoin de multiples moyens de communication, afin d'être certaine de pouvoir atteindre les divers groupes formant sa clientèle, et ce d'une manière adaptée à leurs besoins particuliers.

L'Agence devrait selon le Groupe de travail jouer un rôle dans deux des divers types de communications envisageables. Elle devrait à son avis jouer un rôle primordial dans la communication des risques. La communication des risques consiste en un échange d'information entre intervenants concernés par un risque réel ou perçu associé à un comportement ou à l'exposition à une substance, par exemple de l'information relative aux conséquences prévisibles du comportement ou de l'exposition, à la durée ou à l'intensité de ce résultat et à ce que l'on sait du résultat en question. La communication des risques devrait partir d'une source crédible et fiable et être validée par d'autres sources tout aussi dignes

de confiance. L'efficacité de la communication des risques aide les particuliers à faire des choix en matière de comportement, à s'adapter à une situation en cours ou à gérer les conséquences d'une situation antérieure[16]. Grâce à sa capacité de surveillance, de recherche et d'échange de connaissances, l'Agence sera parfaitement bien placée pour fournir une expertise scientifique et technique crédible à l'appui des activités de communication des risques.

Par ailleurs, l'Agence devrait jouer un rôle de soutien concernant les communications en situation de crise. L'efficacité de ce type de communications suppose la transmission d'information en pleine crise, dans le but d'atténuer la menace et la tension qu'elle engendre. Les communications devraient faire partie intégrante de tout plan global d'intervention en cas de crise dans le cadre d'un système de commandement des interventions prévoyant une chaîne de commandement bien claire. Les mécanismes de communications en situation de crise devraient par ailleurs être mis à l'essai par l'intermédiaire de simulations planifiées. Leur efficacité suppose aussi de bonnes relations de travail avec les médias[17]. Le rôle que l'Agence devrait jouer sur le plan des communications en situation de crise devrait consister à fournir des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, qui resterait lui seul responsable des communications proprement dites, mais qui pourrait déléguer certaines de ses responsabilités à cet égard à des personnes clefs, spécialistes ou autres, au sein de l'Agence.

3.4.b Soutien de la gestion des urgences

Le Groupe de travail estime que la gestion des urgences représente à la fois une fonction et un domaine du champ de l'Agence. Les pratiques exemplaires en matière de gestion des urgences consistent à améliorer l'état de préparation aux situations susceptibles de se présenter et à adopter à l'avance, puis à appliquer, des plans d'atténuation des impacts à long terme.

Les activités de gestion des urgences se déroulent en trois temps : avant, pendant et après une situation donnée[d].

Le Groupe de travail recommande que l'Agence joue un rôle de soutien en ce qui concerne la gestion des urgences, et que le gouvernement reste principalement responsable de cette gestion. En cas d'urgence sanitaire, la chaîne de commandement devrait refléter un système de gestion des sinistres bien précis, assorti d'une délimitation préalable claire et nette des rôles et des responsabilités, y compris l'attribution du leadership aux secteurs appropriés du gouvernement. Dans le cadre de la gestion générale des urgences, l'Agence devrait participer à l'évaluation des risques ou dangers et de la vulnérabilité de la population, appuyer les activités de préparation aux situations d'urgence et d'atténuation de leurs impacts, fournir un renfort de moyens d'intervention, mettre à contribution son expertise technique et scientifique, fournir des services de soutien et participer à la planification des futures activités de gestion des urgences d'après les leçons tirées d'un incident clos. L'Agence pourrait s'acquitter de chacun de ces rôles par l'intermédiaire des différentes fonctions que le Groupe de travail propose de lui confier, telles que décrites ci-après, dans le respect de la chaîne de commandement centralisée mise en place pour l'Ontario.

Le renfort de moyens d'interventions que l'Agence pourrait fournir inclurait à la fois des ressources humaines et des ressources techniques, tels que des moyens de diagnostic. L'Agence ne déploierait ces moyens sur le terrain que si les capacités locales ne suffisaient plus à faire face à une situation donnée ou si une expertise spécifique requise n'était pas disponible localement.

Le Groupe de travail considère que les domaines auxquels l'Agence devrait se consacrer en priorité dans le contexte de la gestion d'une urgence sont les maladies infectieuses, le bioterrorisme et les désastres écologiques, tels que les déversements accidentels. L'Agence fournirait aussi des services de soutien face à d'autres sinistres ayant des retombées sur la santé publique, tels que des inondations.

3.4.c Champ d'activité

Les domaines dans lesquels l'Agence sera amenée à intervenir sont le « quoi » de ses activités. Les domaines ci-après forment le champ d'activité que le Groupe de travail préconise pour l'Agence.

DOMAINES

3.4.c.i

Le rapport final du Comité d'experts sur le SRAS (Rapport Walker) a clairement évoqué la nécessité de créer un organisme centralisé en vue d'instaurer une approche plus complète, plus systématique et mieux coordonnée des maladies infectieuses en Ontario, un point de vue que l'on retrouve aussi dans le rapport *Opération Protection de la santé* et que le Groupe de travail partage entièrement. Les interventions de l'Agence en rapport avec les maladies infectieuses incluraient la surveillance, la prévention et le contrôle de ces maladies, aussi bien dans des établissements de soins qu'au sein de la collectivité.

[d] *Voir aussi le Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé – Réseau fédéral-provincial-territorial des mesures et interventions d'urgence, 2004.*

Le milieu ontarien de lutte contre les maladies infectieuses a connu dernièrement d'importantes améliorations. Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a vu le jour en juin 2004, tel que promis dans le rapport *Opération Protection de la santé*, en tant que comité chargé de conseiller le médecin hygiéniste en chef sur tout ce qui touche la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. Le CCPMI rassemble des intervenants du système de santé qui n'ont pas coutume de collaborer de façon continue, y compris des spécialistes des soins actifs, des représentantes et représentants des bureaux de santé publique, des professionnels qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée et des universitaires. À l'heure actuelle, le CCPMI est formé d'un comité principal et de quatre sous-comités chargés des questions suivantes :

- la prévention et le contrôle des infections (dans les établissements de soins, y compris les établissements de soins de longue durée);
- la surveillance;
- la prévention et le contrôle des maladies infectieuses (dans les milieux communautaires);
- l'immunisation.

Chaque sous-comité s'appuie sur des données factuelles pour formuler des recommandations spécialisées sur plusieurs sujets, par exemple les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires, le perfectionnement professionnel, les repères et les indicateurs de rendement clefs, les priorités en matière de recherche ou encore les activités liées à l'épidémiologie, notamment en termes de surveillance. Le Groupe de travail voit le CCPMI comme étant un prototype du rôle que l'Agence devrait jouer en rapport avec les maladies infectieuses, entre autres pour ce qui est de l'exécution des fonctions décrites un peu plus haut, à savoir l'épidémiologie et la surveillance, la recherche, l'échange de connaissances, les diagnostics de laboratoires spécialisés, le perfectionnement professionnel, les communications et le soutien de la gestion des urgences. L'Agence contribuera l'infrastructure et les capacités nécessaires pour appuyer ces activités dans leur ensemble.

Par ailleurs, le Groupe de travail recommande que le CCPMI, ou un comité consultatif de spécialistes similaire, joue un rôle au sein de l'Agence en rapport avec les maladies infectieuses, et que le recours à un comité consultatif de spécialistes soit pareillement envisagé pour chacun des autres domaines formant le champ d'activité de l'Agence.

Une autre initiative clef annoncée dans le rapport *Opération Protection de la santé* concernant les maladies infectieuses est la création de réseaux régionaux voués à la prévention et au contrôle des infections. Les quatre premiers de ces réseaux sont désormais opérationnels. Ils ont pour mandat d'optimiser la coordination et l'intégration des activités de prévention, de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses à l'échelle du système de santé régional. Ces réseaux régionaux auront de plus pour effet d'améliorer la coordination des activités de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins actifs et de soins aux malades chroniques, de même que les activités de contrôle des maladies transmissibles entreprises par les bureaux de santé publique. Le rôle des réseaux en ce qui a trait à l'intégration à l'échelle du système de santé s'accorde bien avec celui de l'Agence proposée, et c'est pourquoi le Groupe de travail estime qu'il devrait y avoir des liens précis entre les réseaux, à mesure qu'ils verront le jour, et l'Agence.

Une troisième initiative pertinente annoncée dans le rapport *Opération Protection de la santé* porte sur l'acquisition de compétences de base en prévention et en contrôle des infections par l'ensemble des travailleuses et des travailleurs de santé de première ligne. Le but est de mettre au point des outils de formation normalisés qui soient d'actualité, fondés sur des données probantes, faciles d'accès et qui permettent aux travailleuses et travailleurs de santé de première ligne d'acquérir des compétences de base validées par le CPMI. Cette initiative est sans précédent au Canada. Vu le rôle qu'il recommande de confier à l'Agence en ce qui a trait au transfert et à l'échange des connaissances, le Groupe de travail est d'avis que ce type d'initiative devrait à l'avenir être du ressort de celle-ci.

3.4.c.ii *Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures*

La promotion de la santé est une stratégie de santé publique distincte de la prévention des maladies et de la protection de la santé. La promotion de la santé a pour point de départ le concept positif de « santé », qui reflète que celle-ci est bien plus que l'absence de maladie. L'un des éléments clefs de la promotion de la santé est la prise en considération du fait que lorsque les particuliers se sentent responsables de leur santé et de celle de leur collectivité, et de plus capables d'y contribuer, celle-ci s'améliore. Les stratégies envisageables pour promouvoir la santé vont des interventions visant à influer sur les décisions des particuliers concernant leurs comportements et leur mode de vie (par exemple, par l'intermédiaire de services de consultation ou de campagnes d'éducation au sujet des effets du tabac, d'une bonne hygiène alimentaire ou de l'activité physique) aux activités politiques, partisanes et législatives visant à modifier le contexte social et environnemental dans lequel s'inscrivent les décisions individuelles (par exemple, les décisions des municipalités en matière de zonage qui jouent sur l'accès aux sentiers de promenade ou à d'autres espaces verts). Les activités de promotion de la santé peuvent non seulement prendre des formes très variées, mais elles touchent

les gens de tous âges, depuis les nouveau-nés et leurs mères, jusqu'aux personnes âgées, en passant par toutes les étapes de la croissance et du maintien en santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Les initiatives de promotion de la santé les plus efficaces sont celles qui s'appuient sur un partenariat entre plusieurs secteurs et qui se déroulent dans des milieux variés, par exemple sur les lieux de travail, dans les écoles, dans des cliniques ou dans d'autres établissements communautaires. Les résultats de ces initiatives vont bien au-delà d'une réduction des maladies, en ce sens qu'elles peuvent mener à un rétablissement de la santé et contribuer à une croissance et à un développement en santé, à une sexualité épanouie et généralement à un meilleur cadre de vie.

Les maladies chroniques sont la principale cause de mortalité et d'invalidité au Canada. En Ontario, on estime qu'environ 55 pour 100 de l'ensemble des dépenses du système de santé se rapportent aux maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le cancer et les troubles musculo-squelettiques, endocriniens, neurologiques et psychiatriques[18]. Ce chiffre ne tient pas compte des coûts indirects, notamment ceux qui sont absorbés par les patients et leurs familles. Compte tenu du fardeau économique que représentent en Ontario les coûts directs et indirects liés aux maladies chroniques, ces maladies devraient occuper une place de choix dans le champ d'activité de l'Agence.

Les blessures résultant d'accidents (et qui sont donc évitables), notamment les chutes, les collisions ou les accidents de la circulation blessant des piétons, les noyades, les empoisonnements et les incendies posent aussi une menace croissante pour la santé publique. Le coût annuel de ces blessures involontaires est estimé à 2,9 milliards de dollars en Ontario[19]. La prévention des blessures fera donc elle aussi partie du champ d'activité de l'Agence.

Le rapport *Opération Protection de la santé* prévoit d'incorporer la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques et la prévention des blessures parmi les activités de l'Agence dès sa première année de fonctionnement[20]. Le Groupe de travail a longuement réfléchi à la question de savoir si la promotion de la santé devrait être traitée comme un domaine d'activité ou d'intervention séparé. Selon lui, les stratégies de promotion de la santé devraient en réalité faire partie de toutes les activités de l'Agence; par contre, ne pas en faire un domaine séparé risque de reléguer la promotion de la santé aux oubliettes, surtout si l'on considère tout le mal que les organismes de santé publique mis sur pied par d'autres gouvernements ont eu à essayer d'incorporer la promotion de la santé dans leur mandat, comme ce fut le cas par exemple ces dernières années du BCCDC.

L'Ontario dispose d'importantes capacités d'intervention dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques comme des blessures. Le Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé (Réseau CORPS), appuyé du MSSLD, aide par exemple les professionnels de la santé à l'échelle de la province en leur proposant des activités de formation, des services de consultation, des ressources (imprimées et électroniques), ainsi que des possibilités de réseautage et d'aiguillage. Plusieurs organismes non gouvernementaux qui œuvrent dans le domaine de la santé, parfois pour la prévention ou le traitement d'une maladie spécifique, jouent aussi un rôle important dans ce domaine.

Malgré les capacités et l'expertise existantes, les intervenants sur le terrain et le gouvernement ont manifestement besoin des meilleures preuves concernant l'efficacité des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques et des blessures, afin de pouvoir s'en servir pour produire des outils pratiques, fournir de l'information factuelle et utile ou encore élaborer des politiques. Par ailleurs, les participantes et participants aux tables rondes organisées par le Groupe de travail ont parlé du besoin d'instaurer des moyens de soutien centralisés pour la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. En sa qualité de ressource centrale, l'Agence répondra à ce besoin et optimisera les synergies avec les ressources existantes sur le terrain, telles que le Réseau CORPS. C'est pourquoi le Groupe de travail recommande un examen du Réseau CORPS, afin d'établir quelle serait la meilleure façon d'harmoniser son rôle et ceux que le ministère de la Promotion de la santé, le MSSLD et l'Agence jouent dans le domaine de la promotion de la santé. Enfin, l'Agence pourrait établir un programme d'action pour l'Ontario en matière de promotion de la santé en fournissant des conseils sur les problèmes émergents, en usant de sa crédibilité et en appuyant les interventions du gouvernement.

3.4.c.iii

La santé humaine est affectée par quantité d'éléments chimiques, matériels et biologiques. La surveillance de la présence de ces éléments dans l'eau que nous buvons, les aliments que nous mangeons et l'air que nous respirons est de la plus haute importance sur le plan de la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, de même que sur le plan de la promotion de la santé et du bien-être. L'hygiène du milieu a connu une recrudescence d'intérêt récemment suite aux problèmes auxquels la province s'est heurtée concernant ses systèmes de protection de la salubrité de l'eau et des produits alimentaires. De plus, le secteur de la santé publique connaît une pénurie de spécialistes vu la demande accrue d'interventions pour faire face à des problèmes existants ou émergeants relatifs à l'hygiène du milieu[21]. Bien qu'elle ne soit pas évoquée dans le Rapport Walker et qu'elle ne fasse l'objet

d'aucun engagement dans le rapport *Opération Protection de la Santé*, l'hygiène du milieu devrait selon le Groupe de travail occuper une place primordiale dans le champ d'activité de l'Agence.

Le secteur de la santé publique se penche depuis bien des années sur les questions liées à la sécurité des produits alimentaires, et dernièrement, il a aussi commencé à s'attaquer à des questions plus générales touchant l'hygiène du milieu, en particulier en ce qui a trait à la salubrité de l'eau et de l'air. Ses efforts dans ce sens, bien qu'ils n'aient pas eu d'échos systématiques partout dans la province, ont joué un rôle critique dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives visant à répondre aux priorités et aux besoins locaux et régionaux en matière d'hygiène du milieu.

L'hygiène du milieu soulève des problèmes complexes et met en jeu quantité de spécialités et de domaines d'expertise. De concert avec d'autres acteurs dans le domaine de l'hygiène du milieu, tels que le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales ou encore les bureaux de santé publique, l'Agence pourrait servir de centre de ressources pour tout ce qui touche l'hygiène du milieu. Elle pourrait mettre au point des moyens de surveillance et de gestion de l'information en rapport avec, entre autres, l'identification des problèmes relatifs à l'hygiène du milieu et l'évaluation de l'efficacité des stratégies de prévention et de contrôle de la pollution, par exemple. L'ajout de l'hygiène du milieu aux domaines qui formeront le champ d'activité de l'Agence permettrait à celle-ci de faire faire de la recherche et d'influer sur les politiques à l'égard de cette source de préoccupation grandissante, d'aider l'Ontario à anticiper sur les menaces émergentes qui pèsent sur l'hygiène de notre milieu et à s'y préparer, de même qu'à donner aux chercheuses et chercheurs la possibilité de faire le lien entre les connaissances et les données probantes en matière d'hygiène du milieu et d'autres domaines, tels que la génomique, l'urbanisme et l'écologie.

Enfin, l'Agence agirait comme source d'expertise scientifique et technique pouvant notamment être mise à contribution pour ajouter aux *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* une norme indispensable pour les programmes relatifs à l'hygiène du milieu, ou encore pour élaborer des outils et des méthodes d'évaluation des risques et des dangers liés à l'environnement et leurs retombées possibles sur la santé.

Bien que le Groupe de travail continue à se pencher sur cette question, il considère pour le moment que les activités de l'Agence dans le domaine de l'hygiène du milieu porteront dans un premier temps sur les problèmes qui peuvent se poser concernant la salubrité de l'eau et des produits alimentaires et leurs retombées sur la santé.

3.4.d Clientèle

CLIENTÈLE

La clientèle de l'Agence, autrement dit les personnes et organismes au profit desquels elle exécutera ses fonctions, seront manifestement les premiers à bénéficier de ses interventions. Conformément au mandat préconisé pour l'Agence, sa clientèle inclura le système de santé au sens le plus large. En conséquence, le Groupe de travail recommande que la clientèle principale de l'Agence soit formée des groupes suivants :

- les professionnels de la santé et autres fournisseurs de soins, y compris les médecins et les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique, les universitaires et les établissements de santé;
- les bureaux de santé publique;
- le gouvernement.

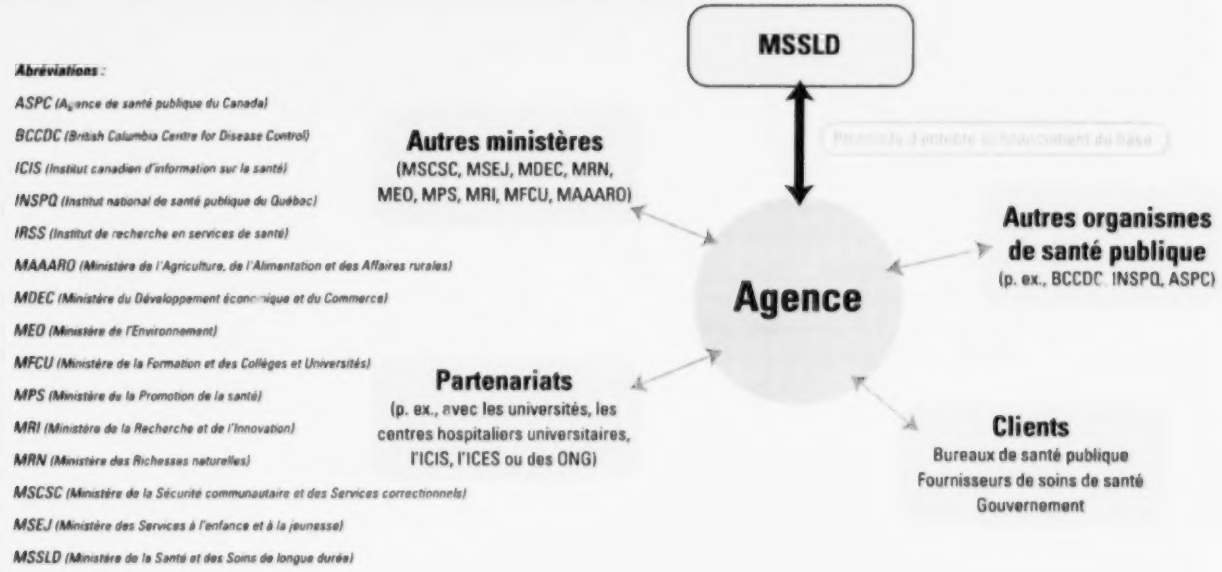
3.5 Relations et partenariats de l'Agence

Les relations et partenariats qui dicteront le fonctionnement de l'Agence sont les suivants :

- les relations de responsabilisation – voir le paragraphe 3.1 traitant de la gouvernance;
- une série de partenariats officiels et officieux – voir les paragraphes ci-après;
- une série de relations et de partenariats présentant des avantages mutuels – voir la figure 3 ci-après.

L'efficacité de toute activité de coordination et de collaboration repose sur l'existence de partenariats de qualité. Le Groupe de travail reconnaît que l'Agence ne fonctionnera pas en vase clos, mais qu'elle fera au contraire partie d'un système existant, soumis à changement. Afin de pouvoir convenablement s'acquitter de son mandat, l'Agence devra donc forger des partenariats avec le milieu universitaire, le milieu de la recherche, des organismes non gouvernementaux et des organismes clefs du secteur de la santé (tels que les bureaux de santé publique) de sorte à disposer de connexions et d'affiliations étendues et à pouvoir profiter de la meilleure expertise qui soit à l'échelle provinciale, nationale et internationale. C'est dans cet esprit que le Groupe de travail préconise de donner à l'Agence la liberté de collaborer avec ses partenaires de façons variées, que ce soit aux termes de contrats et de protocoles d'entente officiels, ou encore d'arrangements plus officieux, tels que des nominations conjointes ou la création de postes de chercheur associé.

FIGURE 3 **Relations de l'Agence**



Le Groupe de travail estime que, grâce à ses partenariats, l'Agence formera une entité capable d'accomplir davantage que la somme de ses composantes, notamment pour ce qui est d'obtenir des subventions de recherche auprès des organismes de financement et d'autres sources externes, de recruter des scientifiques, des spécialistes de la recherche et des professionnels de la santé du plus haut calibre, d'engendrer et d'améliorer les capacités d'innovation et de recherche, ou encore de fournir aux professionnels de la santé des possibilités et des ressources d'apprentissage.

C'est pourquoi le Groupe de travail propose que l'Agence respecte les *principes* suivants au moment de forger des partenariats :

- *Clarté* : le ou les objectifs du partenariat seront bien délimités, en harmonie avec ceux de l'Agence, de même qu'avec ses priorités stratégiques, et enfin, clairement énoncés. Les règles régissant le partenariat devraient elles aussi être bien délimitées et clairement énoncées.
- *Crédibilité* : les partenaires de l'Agence seront connus pour avoir contribué à un domaine clef de connaissances ou d'expertise ayant un rapport avec le mandat de l'Agence.
- *Transparence* : l'objet d'un partenariat, son mode de mise en place et les modalités de conclusion des accords de partenariat seront ouvertement divulgués aux parties intéressées.
- *Orientation sur les résultats* : les accords de partenariat énonceront des attentes claires et mesurables en matière de rendement, et les résultats intéressant les partenaires seront suivis et évalués en conséquence.
- *Existence de règles de dissolution ou d'abandon du partenariat* : les accords de partenariats seront valables pour une durée déterminée spécifique, renouvelables, basés sur l'atteinte d'objectifs ou l'obtention de résultats prévus d'avance, et ils incluront des dispositions précises quant à leur conclusion et à leur éventuelle rupture.
- *Règlement des différends* : les accords de partenariat prévoiront des mécanismes simples, économiques et rapides de règlement des différends.
- *Mutuellement avantageux* : les partenariats seront structurés de sorte à être avantageux pour tous les partenaires et pour être durables.

Chapitre 4

Prochaines étapes

Les recommandations formulées dans le présent document, qui constitue la première de deux parties d'un même rapport, sont le fruit d'un travail important et représentent l'accomplissement d'une bonne partie des tâches confiées au Groupe de travail lors de sa constitution un peu plus tôt cette année. Le gouvernement devrait pouvoir s'en servir comme point de départ et comme base pour mettre en place sans plus tarder l'infrastructure nécessaire pour pouvoir disposer d'une Agence opérationnelle d'ici 2006-2007. La fin de son mandat approchant, le Groupe de travail poursuit ses pourparlers avec le gouvernement alors que celui-ci continue d'agir en vue de satisfaire à son engagement concernant la création de l'Agence. D'ici la fin 2005, le Groupe de travail remettra au MSSLD son rapport final, qui prendra appui sur les recommandations initiales contenues dans son rapport initial que voici. Les paragraphes qui suivent énoncent l'essentiel du travail restant à accomplir par le Groupe de travail, de même que les mesures qu'il conseille au MSSLD de prendre pendant ce temps.

Au cours des quatre prochains mois, les délibérations du Groupe de travail auront surtout pour objet de finaliser ses recommandations relatives à la mise en fonctionnement de l'Agence, et notamment sur l'établissement d'un plan de mise en œuvre graduelle et la constitution d'un conseil fondateur. Le Groupe de travail poursuivra aussi sa consultation des intervenants en réunissant une fois de plus au moins son Groupe de référence et en rencontrant d'autres spécialistes, selon les besoins.

4.1 Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

Conformément à son mandat, le Groupe de travail mettra au point un plan général pour la mise en œuvre de l'Agence, lequel esquissera et recommandera les actions prioritaires auxquelles l'Agence devrait se consacrer les trois premières années; un budget de fonctionnement global; un plan d'immobilisations, y compris les exigences de financement; des emplacements envisageables pour les bureaux de l'Agence; de même que le démarrage progressif des programmes et services de l'Agence dans les divers domaines qui relèveront de sa compétence. Ce plan de mise en œuvre reflètera les recommandations clefs abordées ci-après.

Le Groupe de travail recommande par ailleurs la constitution, début 2006, d'un organe consultatif de transition formé de spécialistes, dont le rôle serait d'aider le MSSLD à appliquer les recommandations du Groupe de travail. Les fonctions qui pourraient être confiées à cet organe seraient entre autres de trouver les personnes susceptibles d'assumer au départ les responsabilités clefs au sein de l'Agence (notamment aux postes de chef de la direction et de présidente ou président du conseil), ou encore de décider des partenariats que l'Agence devrait forger et cultiver selon son champ d'activité et ses fonctions. Cet organe de transition devra, entre autres, refléter une expertise dans les domaines suivants :

- conception organisationnelle;
- questions juridiques;
- ressources humaines;
- champ d'activité de l'Agence et fonctions s'y rapportant;
- conclusion d'accords de partenariat, en particulier avec des établissements universitaires.

4.1.a Infrastructure

Le Groupe de travail peaufinera le champ d'activité et les fonctions qu'il propose pour l'Agence, s'il y a lieu, de sorte à arriver à une définition bien claire des rôles et responsabilités de celle-ci, de même qu'à une harmonisation du mandat et de la structure de l'Agence avec les mandats et structures des autres intervenants dans le domaine de la santé publique.

Le Groupe de travail recommandera une structure organisationnelle préliminaire pour l'Agence, en tenant compte des éléments suivants :

- les pratiques exemplaires en matière de conception organisationnelle, y compris les leçons tirées des structures adoptées pour des organismes comparables, en Ontario et ailleurs;
- la subdivision des programmes et des services en unités de gestion et de prestation adaptées à la portée du champ d'activité de l'Agence et à l'étendue de ses fonctions;
- les problèmes pouvant se poser en matière de décentralisation et de présence régionale;
- les recommandations pertinentes issues de l'examen des laboratoires de santé publique.

4.1.b Gouvernance

Le Groupe de travail recommandera un processus de recrutement des membres du conseil, ainsi que du chef ou de la chef de la direction, en se basant sur la structure de gouvernance qu'il recommande dans la présente première partie de son rapport. Il formulera en particulier des recommandations concernant :

- le conseil d'administration
  - les compétences que devront posséder les personnes qui siégeront au conseil, et en particulier la personne qui en assurera la présidence;
  - les critères et le processus de sélection des membres du conseil;
  - la durée préconisée pour les mandats des membres du conseil et une solution envisageable pour en décaler l'expiration;
- le ou la chef de la direction
  - les compétences qu'il ou elle devra posséder;
  - les critères retenus et le processus suivi pour sélectionner le ou la titulaire de ce poste.

4.1.c Partenariats

Le Groupe de travail mettra au point le cadre qui devrait selon lui régir l'établissement de partenariats par l'Agence, en précisant la nature et la portée des partenariats qu'elle pourrait envisager, par exemple avec des intervenants sur le terrain dans le domaine de la santé publique, y compris des organismes non gouvernementaux, ou encore le milieu universitaire.

4.2 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Bien qu'il n'ait pas encore achevé son travail, le Groupe de travail recommande au MSSLD de prendre sans tarder les premières mesures concrètes en vue de la création de l'Agence. Il recommande en particulier que le MSSLD constitue une équipe interne spécifiquement chargée des préparatifs nécessaires à la mise en fonctionnement de l'Agence, selon les recommandations énoncées dans cette première partie de son rapport. Cette équipe interne devra consulter des spécialistes dans divers domaines pour parvenir à ses fins, y compris l'organe consultatif de transition évoqué un peu plus haut.

Les principales priorités à court terme de cette équipe interne du MSSLD incluent ce qui suit :

- commencer à élaborer un plan de ressources humaines pour l'Agence, y compris des stratégies de recrutement, une analyse des compétences recherchées, et l'ébauche d'un modèle de dotation faisant état des postes à combler, des compétences requises pour les divers postes et la composition des effectifs souhaitable;
- prévoir une infrastructure de technologie de l'information qui exploite et complète diverses initiatives en cours, telles que le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), le service ontarien d'échange d'information sur la santé publique (publichealthontario.ca) et le service ontarien d'échange d'information sur la santé (ehealthontario.ca);
- entreprendre une série d'activités de planification financière, y compris l'établissement d'un budget de lancement de l'Agence et de prévisions pour ses futurs budgets de fonctionnement, et entamer le processus de planification des immobilisations, y compris la conception des installations proposée et une analyse des emplacements envisageables;
- commencer l'ébauche de la loi constitutive de l'Agence, en partant de principes de responsabilité et de transparence, de même que des leçons tirées de ce qui s'est fait ailleurs, notamment au Québec. Le MSSLD devra par ailleurs commencer à suivre les recommandations relatives à la constitution du conseil fondateur de l'Agence, de même qu'au recrutement et au maintien en poste de la personne qui occupera en premier le poste de chef de la direction, une fois que la présidence du conseil aura été comblée;
- élaborer des modèles d'accords pouvant guider la création de partenariats officiels et officieux, en fonction du cadre recommandé à cet effet par le Groupe de travail; délimiter davantage les rôles et responsabilités de l'Agence et des ministères compétents, y compris le MSSLD; entamer l'élaboration d'un protocole d'entente entre l'Agence et le MSSLD et, au besoin, d'autres ministères.

Références bibliographiques

Chapitre 1

1 CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. *Leçons de la crise du SARS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html.

2 ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. *Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04f.html.

3 Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* Toronto (Ontario) : secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

4 HAINES, R. J. *Ferme à la fourchette – une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario : Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes.* Toronto (Ontario) : ministère du Procureur général; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/meatinspectionreport/

5 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

6 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré le 24 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

Chapitre 2

1 CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. *Leçons de la crise du SARS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html.

2 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Kirby M. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir;* 2003. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm.

3 ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. *Rapport provisoire : le SRAS et la santé publique en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04f.html.

4 Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* Toronto (Ontario) : secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

5 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

6 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). [En ligne.] http://www.inspq.qc.ca.

7 British Columbia Centre for Disease Control. (2005). [En ligne.] http://www.bccdc.org.

8 US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. [En ligne.] http://www.cdc.gov.

9 McKEE, M, NOVOTNY, T.E. *Political interference in American science: why Europe should be concerned about the actions of the Bush administration.* European Journal of Public Health. 2003;13(4):289-91.

10 Health Protection Agency. [En ligne.] http://www.hpa.org.uk/.

11 *Règlement 851/2004 du Parlement européen et du Conseil européen, adopté le 21 avril 2004, établissant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.* Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne. I.142/1; 2004. [En ligne.] Récupéré le 26 août 2005 à l'adresse http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004R0851:FR:HTML.

12 Centre for Health Protection. [En ligne.] http://www.chp.gov.hk/.

13 Association of Public Health Observatories. [En ligne.] http://www.apho.org.uk/apho.

14 *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé.* L..O. 2004, c. 5. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/04c05_f.htm.

15 CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. *Leçons de la crise du SARS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html.

16 Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* Toronto (Ontario) : secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf

17 Gouvernement de l'Ontario. Bureau du premier ministre de l'Ontario. *En milieu de mandat, le premier ministre McGuinty réorganise son conseil des ministres;* (2005). Communiqué de presse du 29 juin 2005. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/06/29/c7146.html?lmatch=&lang=_f.html.

18 *A practical guide to cluster development: A report to the Department of Trade and Industry and the English RDAs by Ecotec Research & Consulting.* (2005). Département du commerce et de l'industrie du Royaume-Uni. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à http://www.dti.gov.uk/clusters/ecotec-report/dti_clusters.pdf.

19 Ville de Kobe. *Kobe Medical Industry Development Project.* 2004. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à http://www.city.kobe.jp/cityoffice/27/kigyo/opport/kobe-proj04.html.

20 Medical Alley/MNBIO. [En ligne]. http://www.medicalalley.org/about/insitute.shtml.

Chapitre 3

1 Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Examen du cadre de gouvernance des sociétés d'État du Canada – Répondre aux attentes des Canadiennes et des Canadiens.* Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2005. [En ligne.] Récupéré le 23 août 2005 à http://www.tbs-sct.gc.ca/report/rev-exa/gfcc-cgse_f.asp.

2 Secrétariat des nominations. *Public appointments processing guide.* Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 2005.

3 Secrétariat du conseil de gestion. *Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes du gouvernement du Secrétariat du Conseil de gestion.* Toronto (Ontario) : Direction des politiques générales, Gouvernement de l'Ontario; 2000.

4 Canadian Coalition for Good Governance. *Corporate governance guidelines for building high performance boards.* 2005. [En ligne.] Récupéré le 23 août 2005 à : http://www.ccgg.ca/web/ccgg.nsf/web/ccgg_guidelines_v1_january_2005/$FILE/CCGG_Guidelines_v1_January_2005.pdf.

5 GRAHAM J., AMOS B., PLUMPTRE, T. *Principles for good governance in the 21st century.* Ottawa (Ontario) : Institut sur la gouvernance; 2003. [En ligne.]. Récupéré le 23 juillet 2005 à : http://www.iog.ca/publications/policybrief15.pdf.

6 Board Resourcing and Development Office. *Appointment Guidelines Governing Boards and Other Public Sector Organizations.* Office of the Premier, Government of British Columbia; 2004. [En ligne.]. Récupéré le 23 août 2005 à : http://www.fin.gov.bc.ca/oop/brdo/AppointmentGuidelines_PublicAgencies04.pdf.

7 Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* Toronto (Ontario) : secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf

8 ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Deuxième rapport provisoire – *Le SRAS et les lois applicables à la santé publique.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell05f/campbell05f.html.

9 CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. *Leçons de la crise du SARS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html.

10 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

11 *Loi sur les sociétés de développement*, L.R.O. 1990, c. D 10. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90d10_f.htm.

12 *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004, c. 3, Annexe A. [En ligne.]. Récupéré le 25 août 2005 à : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/04p03_f.htm.

13 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré le 24 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

14 NORMAN, G. R., STREINER, D. L. *PDQ epidemiology.* 2e édition. Hamilton (Ontario) : B. C. Decker; 1998, p. 1.

15 Groupe de travail sur le Réseau national de surveillance de la santé, Équipe de conception de l'intégration. *Proposition visant à développer un Réseau de surveillance de la santé au Canada.* Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 1999. [En ligne.] Récupéré le 26 août 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/pdf/Propos17.pdf (voir aussi http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/network_f.html)

16 EDMUNDS, Margo. *Risk communication strategies for public health preparedness.* John Hopkins Center for Public Health Preparedness; 2005. [En ligne.] Récupéré le 26 août 2005 à http://www.jhsph.edu/preparedness/training/online/riskcomm.html.

17 Ibid.

18 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.]. Récupéré le 25 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/pirc_04f/pirc_04f.pdf.

19 SMARTRISK. *The economic burden of unintentional injury in Ontario.* Toronto (Ontario) : SmartRisk; 2003, p. 30. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=78&dd=3.

20 ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.* Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotectionf.html.

21 Groupe de travail de l'Association pour la santé publique de l'Ontario. *Building environmental health capacity within public health.* Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario; 2004. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005 à : http://www.ophà.on.ca/ppres/2004-02_res.pdf .

Annexe 1

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
Mandat du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

Contexte

Tel qu'indiqué dans le rapport *Opération Protection de la santé*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD ») s'est engagé à mettre sur pied, d'ici 2006-2007, un organisme qui sera appelé l'Agence de protection et de promotion de la santé (« l'Agence »). Il constituera à cette fin un groupe qui sera chargé de le conseiller au sujet de la conception, de la préparation et de la mise en œuvre de l'Agence.

Objet

Ce groupe, baptisé Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, fournira des conseils au MSSLD sur tout ce qui touche la création de l'Agence, et en particulier sur la validation de ses activités de base; ses opérations organisationnelles et fonctionnelles; l'élaboration d'un plan de mise en œuvre; les relations avec d'autres organismes actifs dans le domaine de la santé publique; de même que le financement des coûts en capital et des coûts de fonctionnement permanents.

Responsabilités

Les responsabilités du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence seront les suivantes :

- valider les propositions faites concernant le mandat, les fonctions clefs, la structure, la gouvernance et la supervision de l'Agence;
- faire des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence et son rôle général en matière de santé publique, tout en les délimitant, notamment par rapport à ceux et celles du MSSLD, du monde universitaire, du système de santé publique élargi, de l'Agence de santé publique du Canada et de ses centres de collaboration;
- recommander un plan détaillé pour la mise en œuvre de l'Agence sur trois ans (portant, entre autres, sur son infrastructure, ses besoins financiers, ses ressources humaines et les mesures afférentes à la période transitoire).

Le Groupe de travail pourra, s'il le souhaite, constituer des sous-comités, ou encore consulter des fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants ontariens, pour l'aider à formuler ses recommandations.

Le Groupe de travail commanditera par ailleurs des études qui pourront, entre autres, porter sur :

- l'élaboration de divers protocoles d'entente (prévoyant notamment des ateliers de planification commune) et d'autres accords entre l'Agence et, selon le cas, le MSSLD, le système de santé publique élargi, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada;
- la proposition d'une structure de gouvernance pour l'Agence, et notamment la formulation de recommandations spécifiques au sujet du conseil de l'Agence (structure, composition et durée des mandats des membres), la dotation du poste de directrice ou de directeur général et des autres postes de direction, de même que les relations avec le MSSLD;
- les analyses relatives au choix de l'emplacement de l'Agence, en vue de la formulation de recommandations précises concernant les besoins de l'Agence en termes de situation et de locaux, entre autres pour ce qui est d'héberger des services de laboratoire spécialisés;
- les analyses financières et l'établissement de modèles financiers, en vue de la formulation de recommandations précises concernant les niveaux de financement à prévoir pour que l'Agence puisse s'acquitter de son mandat;
- l'analyse et la modélisation des compétences, afin de délimiter les besoins essentiels de l'Agence en matière de ressources humaines, y compris les fourchettes de rémunération à prévoir, de même que la planification de la transition concernant le MSSLD et l'Agence;
- l'élaboration d'un cadre relatif aux activités de recherche de l'Agence et à un modèle de partenariat s'y rapportant, en vue de la formulation de recommandations précises concernant l'étendue et la portée du mandat de recherche de l'Agence (et d'éventuels accord de partenariat avec le milieu universitaire);
- les protocoles et systèmes de communication, et plus exactement la formulation de recommandations précises quant à la manière dont l'Agence devrait s'acquitter de son mandat en matière de communication (communications internes, mais aussi communications externes, entre autres la communication des risques et la dissémination de l'information épidémiologique, y compris en matière de surveillance);
- les possibilités de mise en œuvre progressive de l'Agence sur plusieurs années, en vue de la formulation de recommandations précises au sujet de celle-ci, basée sur une série d'études et de travaux (à savoir, l'examen de la gouvernance, les analyses concernant l'emplacement, l'étude opérationnelle des services de laboratoire, les travaux du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances du Comité

d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique, les études relatives aux communications, aux ressources humaines, etc.).

Composition

Le médecin hygiéniste en chef nommera les personnes qui assureront la coprésidence du Groupe de travail, de même que les membres de celui-ci.

La présidence du Groupe de travail sera assurée conjointement par des personnes professionnelles ayant des compétences reconnues en matière de santé publique et de l'expérience dans la formulation de conseils stratégiques. Le Groupe de travail inclura une personne ayant des compétences particulières en gestion financière et, pour le reste, sera formé de spécialistes provinciaux et nationaux dans les domaines d'activité envisagés pour l'Agence (p. ex., la recherche, les services de laboratoire, les maladies infectieuses, la promotion de la santé, les maladies chroniques, la prévention de la maladie, etc.).

Responsabilité

Le Groupe de travail rendra compte, par l'intermédiaire des personnes assurant sa coprésidence, au médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe, Division de la santé publique. Un comité interministériel spécialement mis sur pied à cet effet sera chargé d'assurer la liaison avec le Groupe de travail.

Personnel de soutien

Le Groupe de travail bénéficiera du soutien du personnel de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Durée du mandat

Les membres du Groupe de travail seront nommés pour une période d'un an. La durée de leur mandat pourra être prolongée, selon les besoins du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Calendrier

Le Groupe de travail s'acquittera de ses responsabilités sur une période d'un an, vu que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'est engagé à mettre l'Agence sur pied en 2006.

Le Groupe de travail présentera ses recommandations initiales au ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le courant de l'été 2005. Un rapport final suivra durant l'automne 2005.

Annexe 2

Mandat du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances

Contexte

En juin 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a lancé l'*Opération Protection de la santé – Plan d'action (triennal) visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario*. Ce plan d'action confirme l'engagement pris par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de suivre les recommandations du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, axées sur les éléments suivants :

- la création d'une Agence de protection et de promotion de la santé;
- le renouvellement de la santé publique;
- la gestion des situations sanitaires d'urgence;
- la capacité de lutte contre les infections et autres maladies transmissibles;
- les ressources humaines dans le domaine de la santé;
- l'infrastructure de préparation aux situations d'urgence du système de santé.

La recherche et le transfert des connaissances sont deux activités prioritaires que visent à promouvoir la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et le renouveau du système de santé publique.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Le MSSLD a créé le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, qu'il a chargé de lui faire des recommandations, par l'intermédiaire du médecin hygiéniste en chef, sur la conception, la préparation et la mise en œuvre de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Les responsabilités du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence seront les suivantes :

- valider les propositions faites concernant le mandat, les fonctions clefs, la structure, la gouvernance et la supervision de l'Agence;
- faire des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence et son rôle général en matière de santé publique, tout en les délimitant, notamment par rapport à ceux et celles du MSSLD, du monde universitaire, du système de santé publique élargi, de l'Agence de santé publique du Canada et de ses centres de collaboration;
- recommander un plan détaillé pour la mise en œuvre de l'Agence sur trois ans (portant, entre autres, sur son infrastructure, ses besoins financiers, ses ressources humaines et les mesures afférentes à la période transitoire).

La présidence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence sera assurée conjointement par les Dr Terry Sullivan et Geoff Dunkley.

La recherche et le transfert des connaissances font partie des fonctions clef qu'il est question de confier à l'Agence. Selon le rapport *Opération Protection de la santé*, elle s'en acquitterait en forgeant et en renforçant des partenariats avec le milieu de la recherche, les universités et les établissements de santé, afin de favoriser l'élaboration de politiques et de pratiques de santé publique fondées sur l'expérience clinique.

Renouveau du système de santé publique

L'un des objectifs clefs du renouveau du système de santé est d'examiner l'organisation des bureaux de santé publique comme du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), ainsi que les moyens à leur disposition. Les résultats de cet examen serviront de point de départ à l'élaboration de stratégies à long terme visant à améliorer la capacité de planification et de mise en œuvre de programmes et de services de santé publique parfaitement adaptés aux besoins des Ontariennes et des Ontariens. L'examen bénéficie de l'appui du Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique.

Le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique conseille le médecin hygiéniste en chef et, par son intermédiaire, le MSSLD, quant aux solutions envisageables pour améliorer la configuration et le fonctionnement du réseau de bureaux locaux de santé publique.

Les conseils émanant du Comité d'examen portent sur les éléments suivants :

- les capacités d'intervention essentielles à prévoir à l'échelle locale (en matière d'infrastructure, de personnel, etc.) pour faire face aux besoins spécifiques des collectivités (selon leurs particularités géographiques et culturelles, l'état de santé de leur population et les besoins afférents, les déterminants de la santé, etc.) et garantir la prestation

efficace des services de santé publique (y compris des services spécifiques, tels que la recherche appliquée et le transfert des connaissances);
- le recrutement, le maintien en poste, l'éducation et le perfectionnement des professionnels de la santé publique dans les disciplines clefs (médecine, soins infirmiers, nutrition, dentisterie, inspection, épidémiologie, communications, promotion de la santé, etc.);
- les questions systémiques, ainsi que les aspects du fonctionnement ou de la gouvernance des programmes et services de santé publique, susceptibles d'entraver leur prestation;
- les mécanismes susceptibles d'améliorer les systèmes de gestion du rendement, de même que la manière dont il est rendu compte de la qualité des programmes et de la gestion financière;
- le renforcement du respect de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et de ses règlements d'application, de même que des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires;
- les solutions envisageables concernant l'organisation des bureaux de santé publique qui permettraient d'optimiser son adaptation à la configuration et aux fonctions des réseaux locaux d'intégration des services de santé, de la réforme des soins primaires et des partenaires financiers au niveau des municipalités;
- les besoins en personnel, de même que les éventuels coûts de transition et de fonctionnement.

La présidence du Comite d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique est assurée par la D[re] Susan Tamblyn et sa vice-présidence par M. Brian Hyndman.

Objet

Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances appuiera le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence et le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique en les faisant bénéficier des compétences particulières de ses membres, notamment sous forme de conseils, en vue de la réalisation des activités suivantes :

- une évaluation des leçons tirées des anciens et des actuels modèles de recherche et de transfert des connaissances en matière de santé publique :
  - en Ontario (p. ex., le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique ou le Programme de formation pratique dans les bureaux de santé);
  - ailleurs (c.-à-d., en Colombie-Britannique, au Québec, etc.);
- une évaluation des lacunes et une analyse des tendances concernant la satisfaction des besoins en matière de recherche et de transfert des connaissances dans le domaine de la santé publique;
- une analyse du contexte dans lequel s'effectue par ailleurs l'essentiel de la recherche et du transfert des connaissances dont bénéficient les bureaux de santé publique, qu'il s'agisse par exemple des universités, de l'Institut de recherche en services de santé, de l'Institut canadien d'information sur la santé, des unités de renseignements sur la santé ou encore des membres du Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé;
- la recommandation d'une vision appropriée pouvant servir de base à l'énoncé du mandat et à la conception de la structure d'un système de recherche et de transfert des connaissances (notamment en ce qui concerne les rôles que pourrait y jouer l'Agence de protection et de promotion de la santé) qui soit susceptible de faciliter et d'appuyer la mise en place de politiques et de programmes de santé publique et qui reflète bien les besoins dans ce domaine.

Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances sera conjointement présidé par M. Brian Hyndman, vice-président du Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique et par M[me] Jennifer Zelmer, membre du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence.

Paramètres

- Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances relèvera du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence et du Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique par l'intermédiaire de son coprésident et de sa coprésidente.
- Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances cessera d'exister le 31 décembre 2005, à moins que le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique, le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence et le MSSLD ne décident de proroger son mandat.
- Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances fonctionnera autant que possible par consensus.
- Les frais de déplacement des membres du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances leur seront remboursés conformément aux lignes directrices du Conseil de gestion.
- Tous les documents produits par le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances seront la propriété de Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario.

Soutien du Sous-comité

Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances bénéficiera du soutien du personnel de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Processus

Le Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances se réunira sur convocation de son coprésident et de sa coprésidente, M. Brian Hyndman et M[me] Jennifer Zelmer.

Annexe 3

Mandat du Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence

Contexte

En juin 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a lancé l'*Opération Protection de la santé – Plan d'action (triennal) visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario*. Ce plan d'action confirme l'engagement pris par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de suivre les recommandations du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, axées sur les éléments suivants :

- la création d'une Agence de protection et de promotion de la santé;
- le renouvellement de la santé publique;
- la gestion des situations sanitaires d'urgence;
- la capacité de lutte contre les infections et autres maladies transmissibles;
- les ressources humaines dans le domaine de la santé;
- l'infrastructure de préparation aux situations d'urgence du système de santé.

Le MSSLD a créé le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, qu'il a chargé de lui faire des recommandations, par l'intermédiaire du médecin hygiéniste en chef, sur la conception, la préparation et la mise en œuvre de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Les responsabilités du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence seront les suivantes :

- valider les propositions faites concernant le mandat, les fonctions clefs, la structure, la gouvernance et la supervision de l'Agence;
- faire des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence et son rôle général en matière de santé publique, tout en les délimitant, notamment par rapport à ceux et celles du MSSLD, du milieu universitaire, du système de santé publique élargi, de l'Agence de santé publique du Canada et de ses centres de collaboration;
- recommander un plan détaillé pour la mise en œuvre de l'Agence sur trois ans (portant, entre autres, sur son infrastructure, ses besoins financiers, ses ressources humaines et les mesures afférentes à la période transitoire).

La présidence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence sera assurée conjointement par les Dres Terry Sullivan et Geoff Dunkley.

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence a décidé de constituer un groupe de référence pour appuyer ses activités.

Objet

Le Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence assurera trois fonctions :

- tenir les personnes et les associations qui travaillent dans le domaine de la santé publique au courant des activités de l'Agence;
- aider les personnes et les associations qui travaillent dans le domaine de la santé publique à partager leurs connaissances et leur savoir-faire liés à la santé publique et à d'autres questions soulevées par les activités de l'Agence;
- fournir un retour d'information à l'Agence sur des questions spécifiques liées à la mise en place de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

La présidence du Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence sera assurée conjointement par les Dres Terry Sullivan et Geoff Dunkley.

Paramètres

Le Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence cessera d'exister le 31 décembre 2005, à moins que le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique, le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence et le MSSLD ne décident de proroger son mandat.

Le Groupe de référence fonctionnera autant que possible par consensus.

Les frais de déplacement des membres du Groupe de référence leur seront remboursés conformément aux lignes directrices du Conseil de gestion.

Les délibérations du Groupe de référence se dérouleront dans une atmosphère telle que ses membres, y compris ses coprésidents, dialogueront librement et que la teneur des discussions et des documents échangés lors de ses réunions ne seront pas divulgués à des tiers, mais resteront confidentiels. Aucun compte rendu ou autre rapport préparé par la présidence de l'Agence à l'issue de délibérations du Groupe de référence ne fera d'attribution directe des propos tenus lors de ces délibérations. Les membres du Groupe de référence sont tenus de se conformer à cette exigence de confidentialité, sauf obligation contraire que pourrait leur

imposer la loi. Si une personne membre du Groupe de référence pense être légalement obligée de procéder à une divulgation, elle en avise au préalable la présidence du Groupe de référence.

5 L'éventuelle participation de représentantes ou représentants d'un organisme aux délibérations du Groupe de référence ne devra pas être interprétée comme limitant la capacité de l'organisme en question de faire valoir quelque point de vue que ce soit dans le cadre d'autres processus en cours.

6 Tous les documents produits par le Groupe de référence seront la propriété de Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario.

Soutien du Sous-comité

Le Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence bénéficiera du soutien du personnel de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Réunions

Le Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence se réunira au moins deux fois.